



Centro Universitário de Brasília
Instituto CEUB de Pesquisa e Desenvolvimento
ICPD

HELENA LOPES DALTRO PONTUAL

A DIFICULDADE DE INTERAÇÃO
ENTRE A MÃE DEPRIMIDA E O BEBÊ: COMPROMETIMENTO DO
***HOLDING* E DA FUNÇÃO CONTINENTE**

Brasília
2007

HELENA LOPES DALTRO PONTUAL

A DIFICULDADE DE INTERAÇÃO

ENTRE A MÃE DEPRIMIDA E O BEBÊ: COMPROMETIMENTO DO

***HOLDING* E DA FUNÇÃO CONTINENTE**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília
(UniCEUB/ICPD) como pré-
requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso
de Pós-Graduação *Lato Sensu*, na
área de Teoria Psicanalítica.
Orientadora: Márcia Kfoury
Muinhos.

**Brasília
2007**

HELENA LOPES DALTRO PONTUAL

A DIFICULDADE DE INTERAÇÃO

ENTRE A MÃE DEPRIMIDA E O BEBÊ: COMPROMETIMENTO DO

***HOLDING* E DA FUNÇÃO CONTINENTE**

Trabalho apresentado ao Centro
Universitário de Brasília
(UniCEUB/ICPD) como pré-
requisito para a obtenção de
Certificado de Conclusão de Curso
de Pós-Graduação *Lato Sensu*, na
área de Teoria Psicanalítica.
Orientadora: Márcia Kfoury
Muinhos.

Brasília, 26 de abril de 2007

Banca Examinadora

Prof. Dra. Sandra Baccara

Prof. Dr. Gilson Ciarallo

À Joana, que me ensinou a ser mãe,

Zila, que criou, embalou e acalentou

e minha mãe, que sabia sonhar.

AGRADECIMENTOS

À Márcia Kfoury, cuja orientação merece apreço pelas ponderações, reflexões e aconselhamentos preciosos.

Ao Cléo, pelo incentivo e companheirismo, que envolveram uma busca incessante por livros esgotados.

O mar sempre fascinará aqueles em quem o desgosto da vida e a atração exercida pelo mistério precederam as primeiras tristezas. O mar tem o encanto das coisas que não se calam durante a noite, e estas são para a nossa vida inquieta uma permissão para dormir, a promessa de que nada vai desaparecer, como a lâmpada do abajur das crianças, que se sentem menos sós quando ela brilha.
(PROUST).

RESUMO

Este trabalho trata, a partir de pesquisa psicanalítica, da importância das funções *holding*, *rêverie* e continente, necessárias para o desenvolvimento fisiológico, afetivo e cognitivo do bebê e, posteriormente, do sujeito que vai se inserir na cultura. Analisa a depressão de mulheres no pós-parto e as consequências desse fenômeno para os bebês, demonstrando as dificuldades que a mãe deprimida terá para desempenhar o papel de mãe suficientemente boa, conforme conceito de Winnicott. São examinadas a construção do desejo da maternidade e a comunicação da díade desde o estágio pré-verbal da criança, bem como a patologia de mães deprimidas e enlutadas. Os desarranjos da função materna no estágio precoce do bebê – fase simbiótica – e possíveis modificações estruturais e funcionais em seu *self*, assim como danos posteriores no seu psiquismo também são temas deste trabalho. Há relato de dois casos clínicos de mães deprimidas e seus bebês e a conclusão de que, atualmente, as mulheres enfrentam, cada vez mais, novos desafios que podem dificultar a função da mãe suficientemente boa. Esse é mais um dos motivos pelos quais as mulheres precisam do apoio familiar e de maior atenção dos médicos que a assistem e cuidam do bebê.

Palavras-chave:

Holding. *Rêverie*. Continente. Mãe suficientemente boa. Mãe deprimida. Mãe morta. Maternagem. Função materna. Depressão. Depressão pós-parto. Psicose puerperal. Baby blues. Bebê. Winnicott. Bion. Golse. Green. Freud. Luto. Melancolia. Rosto imóvel. Comunicação.

ABSTRACT

Based on psychoanalytical research, this paper deals with important functions such as holding, *rêverie* and continent, indispensables to the physiological, emotional and cognitive development and evolution of the baby and subsequently, the finished Individual, in order to be assimilated into a certain culture. The problem of the mother's depression after childbirth is analysed as well as its consequences to the future of the babies. We bring to a conclusion in showing the difficulties of the depressed mother to fulfill the role of a good-enough mother, according to the ideas of Winnicott. The survey and the development of a longing in the motherhood and the communication among the constituents of the dyad are realized since an early pre-verbal stage of the child, as well as the pathology and in mourning state mothers. Disorders of the motherhood function at a precocious stage of the baby – the so called symbiotic phase – and possible structural and functional alterations in his or her self, with a later damage to the psychism are presented also as additional topics to the present paper. Two clinical cases of depressed mothers and her babies are exposed. We come to the conclusion that women face more and more new challenges, making difficult the function of becoming a good-enough mother. The presented reasons become evident that women need an intimate and familiar support with distinguished care and kindness on the part of the physicians attending them and the babies.

Keywords:

Holding. *Rêverie*. Continent. Good-Enough Mother. Depressed Mother. Dead Mother. "Motherability". Maternal Performance. Depression. After Childbirth Depression. Puerperal Psychosis. Baby Blues. Baby. Winnicott. Bion. Golse. Green. Freud. Mourning. Melancholia. Insensitive Face. Communication.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 FUNÇÃO MATERNA	15
1.1 <i>Holding, handling e rêverie</i>	20
1.2 Construção do desejo	25
1.3 Comunicação mãe-bebê	30
1.3.1 O rosto imóvel	35
2 A MÃE DEPRIMIDA	39
2.1 Luto e melancolia	41
2.2 Mãe morta	47
2.3 Falhas no estágio precoce	53
3 CASOS CLÍNICOS	62
3.1 Mães deprimidas e seus bebês	63
CONCLUSÃO	71
REFERÊNCIAS	74

INTRODUÇÃO

Toda monografia espelha seu autor. Assim, este trabalho partiu de uma tentativa de entendimento sobre uma parte de minha história de vida, das dificuldades de interação entre mim e minha mãe. A sua tristeza por estar no mundo sempre me intrigou desde pequena. Perguntava-me como poderia modificar tal situação e, em minha inocência de criança, dei a ela o carinhoso apelido de “Alegria” -, assim mesmo, como um nome próprio.

E por muitos anos, em meu mundo de fantasia, passei a chamar secretamente minha mãe de “Alegria”. Até que um dia resolvi contar a ela o nome que lhe havia dado. Sua resposta foi desapontadora. Ela disse que eu deveria tê-la chamado de “Tristeza”.

A partir de minha análise pessoal, dos ensinamentos psicanalíticos e de uma curiosidade de investigar esse tema, buscamos amparo nos grandes mestres para aqui pensar num problema tão importante na clínica: a depressão materna e sua repercussão no bebê, refletindo um pouco sobre a construção desse sujeito.

É consenso entre os psicanalistas, independentemente de sua orientação conceitual, o fato de que o grupo familiar – mãe, pai, irmãos e demais pessoas que interagem diretamente com a criança – exerce profunda e decisiva importância na estruturação do psiquismo do sujeito e, conseqüentemente, na formação de sua personalidade (ZIMERMAN, 1999).

Mas é a mãe biológica ou a substituta que vai ter os primeiros cuidados com o bebê, fazer sua higiene, dar suas mamadas, colocá-lo para dormir, etc. Se essa mãe se sentir desamparada e deprimida, poderá passar, logo no início da vida do bebê, as primeiras sensações de desamparo e desesperança para essa criança. Green (1988), Winnicott (1975, 1988, 2000, 2001, 2002), Golse (2001, 2002), Brazelton e Cramer (1992) e tantos outros

desenvolveram importantes trabalhos a partir de experiências clínicas com crianças e adultos deprimidos.

Sigmund Freud abordou, em várias de suas obras, a importância das figuras parentais para o desenvolvimento da criança e, posteriormente, desta como adulto. Destacou a questão do desamparo do ser humano quando este chega ao mundo já na elaboração do *Projeto para uma psicologia científica* (1895), quando falou que a criança precisa de um outro para articular suas primeiras representações e experiências de prazer. Esse outro é sempre a mãe, primeiro contato do ser humano quando chega ao mundo.

Donald Winnicott cunhou o termo “mãe suficientemente boa”, observando que a maternagem bem feita nos primeiros meses de vida é fator essencial para o bom desenvolvimento do bebê (WINNICOTT, 1975, 2005a, 2005b). Por todos esses motivos, uma mãe depressiva encarregada de cuidar de um bebê pode ser uma ameaça à formação de seu psiquismo, já que, por estar afetada pelos humores da depressão, não conseguirá investir narcisicamente na criança e poderá comprometer outros tantos fatores relacionais que analisaremos neste trabalho.

A depressão pós-parto é uma doença que atinge de 10% a 20% das mães e preocupa cada vez mais os profissionais que atuam na área de saúde (GOLSE, 2002).¹ As estatísticas variam um pouco, mas se situam dentro desse patamar, e apontam que nesse percentual de mães acometidas pela depressão pós-parto 35% têm a doença de maneira mascarada, sendo que 50% dos bebês sofrem as consequências do problema.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) endossados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) constataram que no Brasil 20% das crianças sofrem de depressão infantil (CEZIMBRA, 1998). Golse (2002) cita estudo segundo o qual 40% das crianças de pais que apresentaram distúrbios afetivos durante o nascimento desses filhos

¹ Conceito de depressão puerperal com critérios diagnósticos da Depressão Maior, de acordo com o DSM IV (p. 371-412-413).

recebem atenção psiquiátrica em algum momento de sua vida adulta. Para M. B. Keller (*apud* GOLSE, 2002), 24% das crianças de um ano nascidas de mães deprimidas têm distúrbios visíveis. Já para A. G. Billings (*apud* GOLSE, 2002), esse percentual sobe para 69%. A diversidade dessas avaliações, segundo Golse (2002), deve-se à variação dos critérios adotados na observação dos distúrbios interativos e, também, da idade das crianças estudadas.

Os sintomas da mãe deprimida nem sempre são notados e existem formas camufladas e diferentes tipos de ocorrência do fenômeno nas mulheres, que podem acarretar prejuízo para a interação com o bebê. E, algumas vezes, se o problema não for tratado, é possível que haja conseqüências mais graves para o desenvolvimento da criança (GOLSE, 2001, 2002).

Os problemas do humor que caracterizam o período pós-parto incluem também o chamado *baby blues* – uma tristeza da maternidade que se caracteriza por um distúrbio de labilidade transitória do humor, que atinge cerca de 70% das novas mães nos dez primeiros dias após o parto, mas que, geralmente, tem remissão espontânea (DSM IV, p. 413). Esse tipo de depressão, segundo Golse (2002), pode durar algumas semanas até vários meses depois do nascimento do bebê e, nas primíparas, pode atingir um percentual de 20% a mais além do quarto mês após o parto.

Há, porém, um distúrbio ainda mais grave do que a depressão materna, que é a psicose puerperal. Esse fenômeno apresenta sintomas acentuados, os quais, freqüentemente, requerem tratamento intensivo e, por vezes, até hospitalização. A incidência desse quadro é de apenas dois a quatro casos em cada mil partos, ocorrendo entre as duas primeiras semanas após o parto (SOUZA, BURTET, & BUSNELLO, 1997 *apud* SCHWENGBER; PICCININI, 2005). Catão (2002) informa que as psicoses puerperais acometem cerca de 5% das mães no pós-parto.

Há ainda registros de que, nos primeiros meses depois do fim da gestação, a quantidade de internações psiquiátricas supera os números encontrados em qualquer outro período da vida (CORDAS, 2006).

Golse (2000, 2002) alerta para os riscos da depressão da mãe no desenvolvimento futuro do filho, afirmando que esse fenômeno pode se transformar em fonte de violência na adolescência. Cezimbra (1998) cita estudos feitos pela professora inglesa Linne Murray segundo os quais bebês de mães depressivas poderão vir a apresentar, após dez anos, dificuldades de aprendizado e baixo índice de sociabilidade. Os bebês de mães deprimidas, segundo Golse (2002), são tristes, apáticos, ou, ao contrário, hiper-irritáveis. “A interação é inadequada, a mãe deprimida tendo uma tolerância limitada ou nula aos movimentos espontâneos do bebê”. (GOLSE, 2002, p. 238).

Um filho de mãe deprimida, segundo Golse (2001), poderá ter problemas para explorar o mundo e utilizar seu potencial de entendimento, além de dificuldades para desenvolver o apego com a mãe. Poderá também ter transtornos no relacionamento sexual, desenvolver hiperatividade e ter dificuldade para administrar suas emoções, sobretudo a agressividade. Essa criança também ficará mais vulnerável à manifestação de sintomas corporais e comportamentais, tais como dor de cabeça, dor de barriga, agitação, pesadelo e anorexia, entre outros.

O nascimento de um bebê, principalmente o primeiro filho, é considerado um evento propício para o surgimento de problemas emocionais nos pais, como depressões, psicoses pós-parto e manifestações psicossomáticas (KLAUS et al., 2000; MALDONADO, 1990; SZEJER & STEWART, 1997 *apud* SCHWENGBER; PICCININI, 2005). Esses sintomas incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, sensação

de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (KLAUS et al., 2000 *apud* SCHWENGBER; PICCININI 2005).

Mas não é somente a função materna após o parto que está em jogo devido à depressão da mãe. Segundo Ballone (2005), já foram verificadas maiores incidências de complicações obstétricas e neonatais, com necessidades de cuidados intensivos de recém-nascidos devido à depressão e dificuldades psicológicas maternas durante a gestação e no pré-parto. Um dos fatores que favorecem o aparecimento da depressão durante a gestação é o fato de a gravidez não ter sido desejada (BALLONE, 2005).

O importante é que a mãe não seja simplesmente condenada por sua fragilidade emocional, perceba a tempo seus sentimentos ambivalentes com relação ao bebê e possa exteriorizá-los, sendo também acolhida em seu meio (marido, pais, amigos, vizinhos, sociedade em que vive) e, se puder, ajudada por uma terapia nessa fase crítica.

Este trabalho está dividido em três capítulos, assim intitulados: função materna (Cap. 1); a mãe deprimida (Cap.2); e casos clínicos (Cap. 3). No primeiro capítulo falaremos da função materna e sua complexidade e da importância do papel da mãe ou da pessoa que cuida do bebê na vida da criança e na construção de sua subjetividade. Nesse mesmo capítulo, destacaremos conceitos de Winnicott sobre a mãe suficientemente boa, a importância do *holding* e do *handling*, e também conceitos de Bion a respeito da função continente e da capacidade de *rêverie* da mãe para com o bebê.

Também serão examinadas questões como a construção do desejo da maternidade e a comunicação mãe-bebê em Spitz (2000), Jerusalinsky (1988), Lacan (1986) e Nasio (1993) desde o estágio pré-verbal. Relataremos ainda uma experiência feita com mães e bebês na unidade de Desenvolvimento Infantil do Children's Hospital, de Boston, sobre a chamada "situação do rosto imóvel", para demonstrar como alterações súbitas nas expressões faciais e no comportamento da mãe podem afetar os bebês.

No segundo capítulo tentaremos entender melhor os mecanismos encontrados na patologia de mães deprimidas e enlutadas, começando por examinar o texto *Luto e melancolia* (Freud, 1917 [1915]) e o conceito de mãe morta em Green (1988), metáfora utilizada por esse autor para definir a mãe atingida por luto ou um pesado sofrimento e que desinvestiu de seu bebê, causando danos na formação de seu psiquismo. Analisaremos também as falhas no estágio precoce que podem acometer a criança que tem uma mãe deprimida, a partir das contribuições de Golse (2001, 2002) e Winnicott (1983).

O terceiro capítulo versará sobre dois casos clínicos de mães deprimidas e seus bebês, a partir da literatura psicanalítica. O primeiro caso é o de uma menina de sete meses, de nome Sarah, filha da Sra. L, ambas atendidas no consultório de T. Berry Brazelton e Bertrand G. Cramer (BRAZELTON; CRAMER, 1992). A mãe estava deprimida desde o nascimento da menina e tinha muita dificuldade de interação com Sarah, que apresentava aparência um pouco imatura para a idade, era bastante quieta, tinha equilíbrio precário e foi encaminhada para a clínica de orientação infantil por seu pediatra.

O segundo caso é o da menina Martine, que com um ano e nove meses começou um tratamento de emergência no consultório de Rosine Debray (DEBRAY, 1988), após ter passado três dias consecutivos sem dormir e também sem se alimentar. Martine foi gerada para substituir um bebê que faleceu de forma súbita aos três meses de idade, deixando sua mãe, a Sra. J., e seu marido em profunda consternação. A menina era magra, franzina e tinha motricidade irregular e rígida, típica de seu quadro de excitação desorganizada.

1 FUNÇÃO MATERNA

Neste primeiro capítulo será abordada a função materna em seus diferentes aspectos e conceitos, inclusive o sentido da interação entre a mãe e o bebê. Falaremos da importância do papel desempenhado pela mãe ou a pessoa responsável pela criação do bebê, a partir dos conceitos desenvolvidos por Winnicott (2001), tais como *holding* e *handling* e também da função de mãe-contidente definida por Bion (1991) e de seu conceito de *rêverie*. Também será examinada a questão da construção do desejo de ter um filho e o significado dessa criança antes de nascer no imaginário da mãe, bem como a comunicação mãe-bebê desde o estágio pré-verbal, segundo conceitos de Spitz (2000), Jerusalinsky (1988), Lacan (1986) e Nasio (1993).

Na última parte deste capítulo relataremos uma experiência feita com mães e bebês na unidade de Desenvolvimento Infantil do Children's Hospital, de Boston, sobre a chamada “situação do rosto imóvel”, para demonstrar como a alteração de humor ou a indiferença da mãe em suas expressões faciais afetam a criança.

O termo interação foi empregado pela primeira vez por Bowlby em 1958, num famoso ensaio chamado “The Nature of the Child's Tie to his Mother” (BRAZELTON; CRAMER, 1992). O intercâmbio do bebê com a mãe, para esse autor, vai além da gratificação oral e redução da tensão, pois existe o que ele chamou de uma resposta instintiva componente que enfatiza sua formação inata. Bowlby (1958 *apud* BRAZELTON; CRAMER, 1992) considerou a sucção, o agarrar, o chorar e o sorrir modalidades básicas e inatas de interação e apego do bebê com sua mãe, e afirmou que a relação da criança estava muito além da satisfação de suas necessidades fisiológicas. Winnicott foi também quem, posteriormente, deu, em toda sua obra, importância e ênfase à interação entre a mãe e a criança para a

conformação do desenvolvimento infantil (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Winnicott (2002) destacou a importância de os bebês serem estudados junto com suas mães, observando que gostava de supor que, quando vemos um bebê, vemos também as condições ambientais e, por trás disso, a mãe.

A função materna é o papel desempenhado por alguém que cuida do bebê. Esse papel ou função implica numerosas atividades da mãe ou de quem a substitui, tanto físicas como psíquicas. Segundo Winnicott (2000), os bebês são constituídos de modo a serem cuidados, desde o nascimento, por sua própria mãe, preferencialmente, ou, na falta desta, por uma mãe adotiva, e não por uma série de enfermeiras.

É especialmente no início que as mães são vitalmente importantes e têm a tarefa de proteger seu bebê de complicações que ele ainda não pode entender, “dando-lhe continuamente aquele pedacinho simplificado do mundo que ele, através dela, passa a conhecer”. (WINNICOTT, 2000, p. 228).

Winnicott (1983) cunhou o termo “mãe suficientemente boa” para designar uma função materna com requisitos indispensáveis para a saúde física, psíquica, a integridade e normalidade no desenvolvimento do bebê. Esse termo, bastante abrangente, leva em conta uma série de necessidades do bebê as quais a mãe suficientemente boa deverá suprir, ao mesmo tempo em que também deverá introduzir as frustrações necessárias para o adequado desenvolvimento do sujeito.

A utilização do termo “suficientemente boa” diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do recém-nascido, e seu emprego foi utilizado pela primeira vez no início da década de 50, quando Winnicott pretendeu estabelecer uma distinção entre a terminologia Kleiniana e a sua (ABRAM, 2000).

A ‘mãe boa’ e a ‘mãe má’ do jargão Kleiniano apresentam-se como objetos internos, não tendo nada em comum com as mulheres reais. O melhor que uma mulher real pode fazer com um bebê é ser **suficientemente** boa de uma forma sensível inicialmente, de modo que a ilusão para ele torne-se algo possível **desde o início**. Essa mãe suficientemente boa também é um ‘seio bom’. (WINNICOTT, 1952, p. 38 *apud* ABRAM, 2000, p. 144).

Winnicott também preferiu optar por dizer que a mãe não é suficientemente boa quando esta não exerce adequadamente a maternagem, de acordo com seus conceitos. Continuamente descartou palavras como “má” ou simplesmente “boa”, sempre se diferenciando dos termos utilizados por Klein. A terminologia winnicottiana evita termos que possam suscitar qualquer significação desagradável. Podemos dizer também que Winnicott esquivou-se do emprego de conceitos maniqueístas como “bom” e “mau”. A terminologia “suficientemente” foi, portanto, a mais adequada para definir a mãe que está exercendo suas funções satisfatoriamente, já que suficiente significa o que está entre o bom e o sofrível, aquilo que satisfaz, que é capaz, apto, hábil.

Para exercer adequadamente seu papel, a mãe deverá, portanto, ter uma função de pára-excitação dos estímulos que o eu incipiente da criança ainda não consegue processar devido a sua natural imaturidade neurofisiológica e psíquica. Deverá ainda possibilitar uma simbiose adequada com a criança, para que não haja desapego precoce, mas cuidar para que também não ocorra um apego excessivo e prolongado. Precisarão também saber o momento do desmame ou, mesmo que utilize a mamadeira, haverá de alimentar seu filho num ambiente acolhedor (ZIMERMAN, 2001; NEWMAN, 2003).

A mãe suficientemente boa também terá que compreender e decodificar a arcaica linguagem corporal do bebê; frustrar adequadamente a criança para que esta seja capaz de, aos poucos, ter ilusões e desilusões; e conter as angústias e necessidades do bebê, o que Bion denominou de continente ou *rêverie*² (ZIMERMAN, 2001), enquanto Winnicott (2001)

² Condição em que a mãe (ou o analista) está em estado de sonho (*rêve*), a ponto de poder captar o que se passa com o filho pela intuição e sensibilidade. O termo, utilizado por Bion com inspiração na música, designa, além

chamou de *holding* (sustentação). Além do holding, Winnicott (2001) falou do *handling* - a manipulação ou manuseio desse bebê, que lhe dará a noção do eu corporal.

A mãe suficientemente boa deve, portanto, entre outras ações, fazer um *holding* apropriado para seu bebê.

Em minha terminologia, a mãe suficientemente boa é aquela que é capaz de satisfazer as necessidades do nenê no início, e satisfazê-las tão bem que a criança, na sua saída da matriz do relacionamento mãe-filho, é capaz de ter uma breve *experiência de onipotência*³ (isto tem que ser distinguido de *onipotência*, que é um nome dado a um tipo de sentimento). A mãe pode fazer isso porque ela se dispôs, temporariamente, a uma tarefa única, a de cuidar de seu nenê. Sua tarefa se torna possível porque o nenê tem a capacidade, quando a função de ego auxiliar da mãe está em operação, de se relacionar com objetos subjetivos. Neste aspecto, o bebê pode chegar de vez em quando ao princípio da realidade, mas nunca em toda parte de uma só vez; isto é, o bebê mantém áreas de objetos subjetivos juntamente com outras em que há algum relacionamento com objetos percebidos objetivamente, ou objetos “não-eu”. (WINNICOTT, 1983, p. 56).

Para cumprir essa tarefa da qual nos fala Winnicott, a mãe não pode ser intrusiva. Precisa dosar bem o que ele chama de deixar que o bebê tenha uma breve experiência de onipotência para começar a ter contato com o princípio da realidade. Deverá ser a primeira a contribuir, portanto, para o chamado ambiente facilitador dessa criança.

A mãe suficientemente boa, para Winnicott (1983), é aquela que, além de cuidar de seu bebê, tem ainda outros afazeres e ocupações, mas cujo tempo de dedicação à criança é suficiente para que esta seja suprida nas suas necessidades de amparo. Essas ocupações podem incluir a relação com o marido ou companheiro, que pode ser ou não o pai da criança, os cuidados com a casa e ainda o trabalho, pois temos que levar em conta as mudanças na estrutura familiar, o lugar da mulher na família e na sociedade.

Winnicott (1983) distingue com bastante ênfase o começo de vida de um bebê que tem uma mãe suficientemente boa de outro que não a tenha. Para esse autor, a criança não

da capacidade de sonhar, a possibilidade de devanear, imaginar e simbolizar abstratamente aquilo que é concreto. (ZIMERMAN, 2001).

³ “A mãe suficientemente boa alimenta a onipotência do lactente e até certo ponto vê sentido nisso. [...] A mãe que não é suficientemente boa não é capaz de complementar a onipotência do lactente, e assim falha repetidamente em satisfazer o gesto do lactente; ao invés, ela o substitui por seu próprio gesto, que deve ser validado pela submissão do lactente”. (WINNICOTT, 1983, p. 133).

será capaz de começar a maturação de seu eu, ou, ao fazê-lo, o desenvolvimento do ego ocorrerá de forma distorcida em certos aspectos vitalmente importantes, caso ocorram problemas com a função materna dignos de registro.

Outras funções maternas que podem ser destacadas são: ter empatia para com o bebê; sobreviver aos ataques destrutivos e às demandas vorazes do filho; permitir o exercício de a criança devanear, imaginar e fantasiar, construindo o que Kohut (1977) chama de *self* grandioso e de imago parental idealizada; funcionar como espelho para a criança ⁴; ficar atenta para reconhecer não só as angústias, mas também as capacidades positivas do filho; servir como importante modelo de identificação para a criança; e ser verdadeira (ZIMERMAN, 2001).

O ser humano já nasce imerso no simbólico. No início de sua vida, o recém nascido é dependente de um outro humano, ser falante e desejante, inserido na ordem da cultura e da linguagem. A criança ocupa um lugar em relação ao desejo do Outro, isto é, nessa ordem simbólica, cultural. Ocupa um lugar no desejo da mãe, que também dá um lugar para o pai em relação ao filho. Para sobreviver, o corpo passa a ser estimulado e falado enquanto a criança é atendida em suas necessidades. Está submetida a uma ordem de satisfação, vinda do corpo materno. Está se falando da função materna. (JURKIEWICZ, 2002, p. 2).

Jurkiewicz (2002) nos remete a Lacan e sua formulação sobre os registros do simbólico, real e imaginário, para falar que a função materna transforma o corpo biológico em erógeno e inaugura o campo das primeiras marcas e representações – recalcque primário. Assim, instala-se o circuito pulsional e a demanda dirigida à mãe e por ela significada. A necessidade de ordem biológica e fisiológica vai dar lugar, portanto, à demanda de ordem psíquica e pulsional, relacionada com o campo do desejo do Outro, psicossocial.

Podemos resumir que a função materna está ligada à fase oral e que é por meio da mãe que levamos pela vida a afetividade e a sexualidade, pois, desde cedo, nosso corpo está suscetível às zonas erógenas. O que a criança percebe nesse momento da vida, portanto,

⁴ A respeito dessa função do espelho, Winnicott (1975, p. 153) disse: “o precursor do espelho é o rosto da mãe”, observando que foi influenciado pelo artigo de Lacan *O Estádio do espelho*, de 1949.

inscreve em seu psiquismo e, a partir da erogeneidade, prepara seu corpo erótico para o prazer ou a dor.

Winnicott (1988, 2002) disse que podemos esperar uma maternagem suficientemente boa das mães de todo o mundo e de épocas passadas, devido a um estado em que a mãe fica durante a gravidez e que dura algumas semanas após o parto, a menos que ocorra um distúrbio psiquiátrico impedindo essa mudança temporária em sua natureza. A esse fenômeno Winnicott (1988, 2002) chamou de “preocupação materna primária”. Nesse período, a mãe fica hipersensível e voltada inteiramente para o feto e, após o parto, para o bebê, numa identificação primária mãe-bebê.

Há uma união simbiótica bebê-seio-mãe-mundo, conforme Cáurio (2000), e a mãe vive uma espécie de “psicose” nesse estado de fusão após o nascimento do bebê, que é um elemento facilitador para sua empatia e comunicação com o lactente. Winnicott (1988) diz que esse estado da mãe é muito especial, quase uma doença, não fosse seu estado de gravidez e pós-parto, o que ele chama de adoecer saudável. Esse “adoecer” pode ser comparado a um estado retraído ou dissociado, a uma fuga, ou mesmo a uma perturbação em nível mais profundo, tal como um episódio esquizóide, no qual algum aspecto da personalidade assume temporariamente o controle (WINNICOTT, 1988). Essa “doença normal” capacita as mães a se adaptar “delicada e sensivelmente”, segundo as palavras de Winnicott (1988), às necessidades iniciais do bebê. Posteriormente, passando a fase inicial da vida do bebê, as mães se recuperam desse estado. Winnicott (1988) observa que é necessário as mulheres serem saudáveis tanto para desenvolver esse estado como para sair dele.

1.1 *Holding, handling e rêverie*

Holding é uma expressão utilizada por Winnicott (2001) a partir do verbo *to hold*, que significa sustentar, conter, dar suporte. No caso específico da mãe e da criança pode ser feito pelo ato de a primeira segurar a criança no colo e também entender suas necessidades específicas e atendê-las de modo adequado, utilizando para isso sua empatia, ou seja, a capacidade de se colocar no lugar do outro, e sua intuição inconsciente (MELLO FILHO, 1989). Nos primeiros estágios do bebê, uma das principais funções da mãe suficientemente boa, segundo Winnicott (2001), é o *holding*. O *holding*⁵ inclui a rotina completa do cuidado com o bebê e leva em conta a sensibilidade cutânea do lactente, protegendo-o da agressão fisiológica (WINNICOTT, 2001).

Esse conceito de Winnicott tem um amplo aspecto, no sentido de ser todo o tipo de toque e manejo que a mãe ou a pessoa que cuida do bebê têm para com ele. Esse manejo inclui o suporte físico e psicológico essenciais ao bebê para seu desenvolvimento e formação egóica e a chamada preocupação materna primária nessa fase de dependência absoluta da criança (ABRAM, 2000).

O *holding* refere-se à capacidade da mãe de se identificar com seu bebê. Segundo Winnicott (2001), toda essa manipulação proporcionada pelo *holding* facilita a formação de uma parceria psicossomática na criança, para que haja harmonia entre psique e soma, contribuindo para o sentimento do “real”, por oposição ao “irreal”. A manipulação deficiente, ao contrário, trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular e da coordenação, além de

⁵ Para Winnicott (2001, p. 27), o *holding* deficiente produz extrema aflição na criança, sendo fonte de: sensação de despedaçamento; de estar caindo num poço fundo; de um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno; e de outras ansiedades que são geralmente classificadas como psicóticas.

dificultar a capacidade da criança de gozar a experiência de seu funcionamento corporal (WINNICOTT, 2001).

A importância do *holding* materno na formação do sujeito é fundamental, pois é por meio dele que a criança se sente integrada em si mesma e começa a experimentar uma sensação de diferenciação do mundo em que vive (MELLO FILHO, 1989). Essa integração começa a se processar por meio de experiências pulsionais agudas que dão à criança a sensação de ser uma unidade a partir do seu interior, bem como pelos cuidados maternos, que incluem vários tipos de manipulação, tais como ninar, dar banho e também chamar o bebê pelo nome (WINNICOTT, 1958 *apud* MELLO FILHO, 1989).

O *handling* é definido, especificamente, como manejo, manuseio ou manipulação do bebê para suas funções e necessidades e lhe dá a noção do tato e de seu eu corporal (CÁURIO, 2000). Segundo Winnicott (1896, 1971 *apud* BRENTANO, 1998), os efeitos do *handling* são a instalação da psique no soma, a personalização, ou, ainda, a inter-relação psicossomática. A personalização é definida como um processo psicossomático pelo qual o ego se ampara num ego corporal, e é por meio do *handling* que serão estabelecidos os níveis de sentimentos que o sujeito tem de sua pessoa no seu corpo. Winnicott (1896, 1971 *apud* BRENTANO, 1998) diz que as funções instintivas vão ganhar, pouco a pouco, um sentido, e se vai constituir o que ele chamou de uma realidade psíquica, interna ou pessoal, à medida que se estabelecerão um interior e um exterior, sendo a pele a membrana de fronteira.

A integração do sujeito ao nascer não é algo garantido, pois precisa se desenvolver gradualmente em cada bebê, a partir do contato com a mãe e em condições ambientais adequadas. Winnicott (1958 *apud* MELLO FILHO, 1989) diz que o bebê funciona, logo após o nascimento, como se fosse um somatório de partes físicas e psíquicas não integradas, necessitando do contato com a mãe para, aos poucos, adquirir a noção de ser

um todo unitário e coeso. No começo, a criança se estrutura em várias fases motoras e percepções sensoriais.

O descanso para a criança pode significar um retorno a um estado não-integrado, mas este não é, necessariamente, uma ameaça para ela, devido ao senso de segurança que lhe é dado pela mãe. Essa segurança, segundo Winnicott (1958 *apud* MELLO FILHO, 1989), pode significar, simplesmente, para o bebê, ser segurado de maneira certa, e o fundamental, na aquisição desse processo, é que a mãe tenha a criança na mente como uma pessoa completa.

“Um *holding* satisfatório é uma porção básica de cuidado, só experimentada nas reações a um *holding* deficiente, que produz extrema aflição na criança”. (WINNICOTT, 2001, p. 27).

O *holding* deficiente, diz Winnicott (2001), pode ser fonte de “sensação de despedaçamento”, “sensação de estar caindo num poço sem fundo”, do sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno e de outros tipos de ansiedades encontradas em pacientes psicóticos e também fronteiriços. As falhas do *holding* e da função de ser uma mãe suficientemente boa também podem provocar no lactente intensa inquietação, distúrbio do sono e da função digestiva; e todos esses fenômenos podem se manifestar de forma regressiva em outras etapas da vida (MELLO FILHO, 1989).

Na análise de pacientes psicóticos e *borderlines*, segundo Winnicott (1983), o analista deverá fazer o *holding* para “sustentar” o paciente e, ocasionalmente, esse *holding* pode tomar até mesmo a forma física. Winnicott explica que esse tipo de paciente experimenta profunda ansiedade e, no momento apropriado, o analista poderá transmitir em palavras o sofrimento que a pessoa está vivenciando. Quando Winnicott ressalva que o *holding* poderá tomar a forma física em análise, observa que é somente porque pode ter

havido demora na compreensão do analista sobre o que este deveria ter verbalizado com seu paciente na ocasião mais apropriada.

Para Bion (1991), a mãe que ama o bebê lhe dá, além dos meios físicos de comunicação, a expressão desse amor por meio do que chamou de *rêverie*. Nesse sentido, a mãe (ou o analista) está em estado de sonho e, por esse motivo, pode captar o que se passa com o filho não tanto pela atenção comum dos órgãos dos sentidos, mas pela intuição. Há, no estado de *rêverie*, uma sensibilidade mais afluída, capaz de colher as identificações projetivas ⁶ da criança, independentemente se são boas ou más (ZIMERMAN, 2001).

Ao abordar a relação inicial e primitiva do relacionamento mãe-bebê, Bion (1991) definiu ainda a função continente ⁷ da mãe, destacando sua importância para o crescimento mental da criança. Essa função designa a capacidade da mãe de conter as necessidades, angústias e demandas do bebê (ou do paciente, no caso do analista), e acolher a criança com toda a carga de suas identificações projetivas, além de decodificar o conteúdo projetado, dar-lhe um significado e um sentido. Para Bion (1991), há uma relação continente-conteúdo, no sentido de que os conteúdos projetados devem ser recebidos pelo continente que os acolhe e contém, por meio das identificações projetivas.

É útil repisar a importância fundamental que Bion atribui à capacidade de *rêverie* da mãe externa, real. Se ela for capaz de conter as angústias do bebê e ao mesmo tempo prover as necessidades que o seu filhinho tem de leite, calor, amor e paz, vai acontecer que tanto as realizações positivas como as negativas serão utilizadas para “aprender com a experiência” – a qual requer o enfrentamento e a modificação da dor – e isso promove o crescimento mental. Em caso contrário, as fortes cargas emocionais resultantes das realizações negativas, e que foram projetadas na mãe, não vão encontrar um continente adequado e serão reintrojadas pela criança sob a forma de um “terror sem nome” que leva a uma evitação da dor depressiva, e isso é um importante fator inibidor do crescimento psíquico. (ZIMERMAN, 1995, p. 95).

⁶ Expressão cunhada primeiramente por M. Klein (1946) como uma defesa primitiva do ego incipiente por meio de uma expulsão que o sujeito faz de seus aspectos intoleráveis dentro da mente de outra pessoa. A IP é um nome genérico para processos distintos ligados à cisão e à projeção, que são formas arcaicas de defesa do ego contra a ansiedade, caracterizadas não só pela expulsão do sadismo mas ainda pelo ataque a objetos persecutórios. A IP é a principal defesa contra a ansiedade na posição esquizo-paranóide, segundo Klein.

⁷ De acordo com sua etimologia *continere* = conter.

Nos casos em que não se forma a capacidade de aprender com a experiência, como frisava Bion (1991), essa qualidade acaba sendo substituída pela onipotência e onisciência, podendo ainda esse sujeito ter dificuldades de distinguir entre o que é verdadeiro e falso e ainda adquirir um “super superego”, conforme definiu Zimmerman (1995), capaz de criar e ditar suas próprias leis morais e impô-las aos outros.

Para Zimmerman (2001), há uma certa superposição conceitual entre os termos *rêverie* e continente, de Bion, com *holding*, de Winnicott. Pensamos que esses termos se complementam para definir questões ligadas à função materna e concluímos que a mãe-continente exerce a capacidade de sonhar (*rêverie*), transformadora e rica de experiências emocionais para ela e o bebê, e é suficientemente boa para oferecer um *holding* adequado ao seu filho.

1.2 Construção do desejo

Acreditamos que um dos primeiros fatores que constitui a função materna é o desejo de ter um filho. É importante saber ainda que lugar esse filho habita no desejo da mãe e também no do pai. Aulagnier (1991) diz que a relação entre a mãe e seu bebê começa antes mesmo de a criança existir, já pelo lugar que ela ocupa no inconsciente materno enquanto objeto de desejo, o que poderá ser elucidado somente por uma análise. Pode-se tomar como ponto de partida dessa relação o momento da fecundação.

Winnicott (1999 *apud* BORGES, 2005) também disse que as expectativas e desejos dos pais em relação à criança são aspectos importantes para o desenvolvimento sadio do bebê e que a função materna e paterna são necessárias antes mesmo do nascimento do filho, por meio do desejo no qual o casal insere esse sujeito. A partir do momento em que a

mulher sabe que está grávida, já se instaura uma relação mãe-filho, que é totalmente imaginária e na qual a criança não é representada pelo que ela é na sua realidade – um embrião em desenvolvimento -, mas por um corpo imaginado, completo, unificado e dotado de todos os atributos necessários.

Para Aulagnier (1991), esse é um processo natural na relação mãe-bebê, e significa a primeira inserção da criança no imaginário materno enquanto “corpo imaginado”.

O que testemunha esta primeira relação é o fato de que a mãe pôde simbolizar seu discurso em torno de um significante, correspondente à ordem do humano onde ela se insere, mas que ela deve reconhecer como preexistente e independente de sua própria existência. O que se poderia chamar a “dimensão histórica maternal” é indispensável para que o sujeito seja por sua vez reconhecido como um elo vindo se inserir na cadeia significante da qual ele é o fim, e cuja seqüência tem que garantir. (AULAGNIER, 1991, p. 57)

A observação da autora é o que se espera de uma relação suficientemente boa da mãe com seu bebê, na qual a mãe inclui um parceiro e reconhece este como pai de seu filho. Essa experiência vivenciada pela mãe, em termos da inserção da criança no imaginário materno, também é importante para que ela não tenha uma reação de luto quando chegar o momento do parto. Do contrário, o parto poderá ser vivido como uma perda, um luto e uma ferida, e esse fato possibilitará a instalação de um quadro de psicose puerperal (AULAGNIER, 1991).

Racamier (1997 *apud* ANDRADE, 2002) observa que a maternidade pode ser comparada à adolescência: ambas promovem transformação corporal e hormonal, mudança de status social, reativação e remanejamento de conflitos infantis. Como a adolescência, a maternidade é considerada como uma transformação com amplo potencial maturativo, com início na gestação. Racamier (1997 *apud* ANDRADE, 2002) assinala ainda que a parentalidade é um processo de maturação da personalidade que designa a maternidade e a paternidade.

Hurstel (1999 *apud* BORGES, 2005) diz que o termo função implica um papel propriamente humano, tanto simbólico como real, que pressupõe uma posição assumida por

uma pessoa que deseja a criança. Hurstel (1999 *apud* BORGES, 2005) assinala que a questão do desejo está diretamente ligada à função paterna, mas Borges (2005) diz que também está relacionada à função materna. Ambos, portanto, pai e mãe, ou, considerando as duas funções – paterna e materna – devem estar envolvidos no desejo de ter a criança, para que possam, dessa forma, exercer a paternidade e a maternidade de maneira adequada e ser capazes de prover o filho de cuidados físicos e psíquicos necessários para a constituição e o desenvolvimento do sujeito.

O desejo que uma mulher sente de ter um filho é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes e seria impossível enumerá-los todos, em cada caso individual, segundo observam Brazelton e Cramer (1992). Para dar uma idéia da potência e da complexidade desse desejo, os autores destacam alguns ingredientes mais importantes, tais como: identificação, satisfação de várias necessidades narcisistas e tentativa de recriar velhos laços no novo relacionamento com o bebê. Sobre o quesito identificação, os autores observam que todas as mulheres, na infância, tiveram alguma forma de cuidado materno e, à medida que receberam esse cuidado, tendem a engendrar a fantasia de se tornarem as cedentes, e não as receptoras dessa ação. Quando adquirem mais autonomia, essas mulheres começam, portanto, a adotar a postura das demais mulheres que as rodeiam. E, por imitação, aprenderão como se comportam as figuras maternas.

Entre os motivos narcisistas que alimentam o desejo de ter um filho (BRAZELTON; CRAMER, 1992), há a vontade que a pessoa tem de conservar uma imagem idealizada de si mesma como um ser completo e onipotente, o desejo de duplicar a si mesma ou de se espelhar num outro e o desejo de realizar os próprios ideais.⁸ O trabalho narcisista se expressa na vida psíquica por meio das fantasias de ser completo e onipotente. Para Brazelton e Cramer (1992), o desejo de completude é satisfeito nas mulheres com esse sentimento tanto

⁸ O termo narcisismo aqui empregado refere-se ao trabalho de desenvolver e conservar uma auto-imagem, bem como ao grau de investimento nessa imagem (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

pela gravidez quanto pela própria existência da criança, sendo que, em algumas mulheres, predomina o desejo de estar grávida, pois a gravidez lhes dá a sensação de estarem plenas e completas, de experimentarem a potência e a produtividade do corpo.

Já o desejo narcisista da mulher que quer se completar por meio da criança é mais diferenciado. Segundo Brazelton e Cramer (1992), essa mãe vê na criança desejada, em primeiro lugar, uma extensão de seu próprio *self*, um apêndice de seu corpo. A criança dá, para essa mãe, nova potência a sua imagem corporal, acrescentando-lhe uma dimensão a mais, que pode ser orgulhosamente exibida.

Ao lado do desejo de ser completo há ainda a fantasia da simbiose, da fusão com a criança, desejo este que vem acompanhado da vontade de retornar à unidade com a própria mãe (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Ao proporcionar oportunidade de gratificação de tais fantasias de simbiose, a gravidez é também uma época para sonhar e se deleitar com fantasias de união. Depois do nascimento do bebê, o desenvolvimento e a continuidade das atitudes de apego maternal dependem da capacidade que a mulher tem de retomar suas fantasias de unidade com a própria mãe. O futuro bebê encerra em si a promessa de uma relação íntima, de uma realização de fantasias de infância.

O desejo acalentado pela mulher de gerar uma criança pode também conter em si a esperança da autoduplicação, que mantém acesa uma noção de imortalidade: a criança será um testemunho vivo da continuidade da existência da mãe. Brazelton e Cramer (1992) dizem que esse fenômeno é o desejo da mãe de se espelhar na criança. Esse anseio pela imagem especular abarca também os ideais e a tradição familiar, pois a criança representa, nesse sentido, uma promessa de continuidade, uma personificação desses valores. A criança é vista como o elo seguinte numa longa cadeia que vincula cada pai com seus próprios pais e ancestrais.

A potência dessa filiação, como bem observam os autores, cria um sem-número de expectativas, pois a criança será portadora das características e do nome da família, poderá se instruir na profissão típica da família ou receber o nome de um ancestral famoso. Existem ainda vários rituais que envolvem o nascimento de uma criança, dependendo das culturas e religiões das famílias envolvidas, o que fortalece ainda mais esse sentimento poderoso e necessário de identidade entre as crianças e seus familiares.

Diante de tantas expectativas e desejos, é importante ressaltar que todo recém-nascido pode carregar um potencial de decepção, ou seja, nenhum bebê é capaz de preencher e estar à altura de todas as fantasias que os pais acalentaram em relação ao seu futuro filho. Assim, certos traços perfeitamente normais num bebê podem também desencadear uma decepção (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Isso porque, para todo pai ou mãe, três bebês diferentes reúnem-se no momento do nascimento: a criança imaginária de seus sonhos e fantasias; o feto invisível real (hoje só visto por exames devido à alta tecnologia e avanços da medicina), cujos ritmos e personalidade particulares se foram fazendo cada vez mais evidentes no decorrer da gravidez; e o recém-nascido de fato, que pode ser visto, ouvido e, por fim, pego nos braços (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

O apego pelo recém-nascido, segundo Brazelton e Cramer (1992), constrói-se com base em relacionamentos preliminares com uma criança imaginária e com o feto que durante nove meses foi elemento integrante da vida dos pais. Como outros autores, Brazelton e Cramer (1992) observam ainda que as “primeiríssimas” interações que se dão entre pais e filho ocorrem muito antes desse período, justamente a partir de forças biológicas e ambientais que levam mulheres e homens a desejar o bebê, bem como as fantasias suscitadas por esses desejos. Tais fatores podem ser considerados como parte da pré-história do apego dos pais pelo bebê.

“Depois, durante a gravidez - os nove meses de ajustamento físico e psicológico ao feto que vai crescendo – ocorre uma sucessão de estágios que podem ser descritos como a alvorada do apego”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 22).

Também as fantasias que os pais fazem com relação à criança, que já começam na relação imaginária à qual se refere Aulagnier (1991), podem persistir depois do nascimento e prejudicar a interação da díade mãe-bebê. “Os pais, por estarem se relacionando com um fantasma, tornam-se incapazes de reagir aos sinais emitidos pela criança. O fantasma pode ocupar todo o espaço disponível”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 163).

Nessa circunstância, os pais terão muita dificuldade ou nenhuma possibilidade de ver o filho como realmente é, e esse comportamento poderá interferir na alimentação do bebê, em seu sono e disciplina. A intromissão do fantasma revela uma vulnerabilidade correspondente no passado dos pais. Esses aspectos estão ligados ao conceito de identificação projetiva (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 163).

Em todos os casos, mesmo onde não há patologia, o bebê que se desenvolve no ventre materno é o bebê das profundezas do inconsciente da mãe ou bebê fantasmático, imaginário, carregado de expectativas dos meses de gestação. Mas é justamente esse bebê que abre caminho do passado para o bebê real; e é também o bebê imaginário que assegura os vínculos entre o bebê real e suas próprias origens (POUSSIN, 1993 *apud* ANDRADE, 2002).

Para Brazelton e Cramer (1992), os desejos e fantasias são apenas parte das forças e pressões sociais que se combinam para formar a potência e a complexidade do desejo de ter um filho. Todos esses fatores contribuem para energizar a capacidade de uma mãe de gerar e nutrir, pois, à medida que reorganizam seus sonhos e emoções, preparam o terreno para o sentimento de apego pelo bebê.

1.3 Comunicação mãe-bebê

A criança vai adquirindo gradualmente a linguagem por meio de um Outro que lhe fala, no caso a mãe, que também espera dela uma resposta e vice-versa. Assim, se vai estabelecendo uma dialética que delinea o fenômeno lingüístico colocado por um sujeito que fala e o outro que escuta, um que emite e o outro que recebe (JERUSALINSKY, 1988).

O início da linguagem na criança já se encontra nas primeiras emissões sonoras que apelam por chamamentos da mãe. E a voz da mãe, os sons da língua falada pela mãe, assim como o toque e os cuidados corporais, são meios de comunicação com a criança. Para Jerusalinsky (1988), o aspecto sonoro da língua materna, embora tenha uma relação com um código cultural, ficará ligado às mais primitivas experiências da criança na sua relação afetiva com a mãe. A percepção acústica da palavra ouvida deixará restos mnêmicos no aparelho psíquico do bebê que, junto com a presença visual da mãe, se constituirá em uma marca (JERUSALINSKY, 1988).

Para Lacan (1986), a comunicação tem um sentido bastante amplo e subjetivo, já que a linguagem está dentro de um ordenamento simbólico. O próprio Lacan fala sobre o assunto em seu seminário XIX, que trata da função criativa da palavra: “O surgimento do símbolo cria literalmente uma ordem de ser nova nas relações entre os homens. [...] Vocês verão que não hão de sair nunca do mundo do símbolo”. (LACAN, 1986, p. 271).

Segundo o psicanalista (1986), há uma linguagem, inclusive dos animais, na medida em que haja alguém para compreendê-la. Nasio (1993), por seu turno, cita o grito como a fala mais primitiva da criança que pede a mamada e se afirma, de certa maneira, como sujeito do desejo. Já a palavra propriamente dita é um meio de ser reconhecido “e institui-se como tal na estrutura do mundo semântico que é o da linguagem” (LACAN, 1986, p. 275),

sem nunca ter um único sentido, termo ou emprego. Lacan diz ainda que um ato pode ter o sentido de palavra, “na medida em que se trata para o sujeito de se fazer reconhecer”. (LACAN, 1986, p. 279).

“Assim, a linguagem não é considerada um mero instrumento da comunicação, mas o que estrutura o indivíduo da espécie em sua condição de sujeito. [...] Desta maneira, a língua é algo mais que um instrumento do pensamento, é o lugar onde o sujeito habita”. (JERUSALINSKY, 1988, p. 142-143).

Para Spitz (2000), a comunicação da díade mãe-filho surge ainda no estágio pré-verbal, por meio das descargas que faz o recém-nascido para liberar suas tensões como, por exemplo, a fome. Essas descargas de emoções ocorrem por meio de gritos, inervação de vasos sanguíneos, atividade muscular difusa e outras. Segundo o psicanalista, o bebê tem capacidade de percepção a respeito do humor da mãe e de seus desejos conscientes e inconscientes e se molda de acordo com esses desejos, à medida que passa a percebê-los. Esse canal de comunicação também vai da mãe para a criança, numa relação equivalente.

Nesse estágio pré-verbal, a comunicação entre mãe e filho é extremamente importante, conforme Spitz (2000), não só do ponto de vista teórico, mas também do terapêutico e profilático. Ele diz que essa comunicação, até mesmo no final do primeiro ano de vida, também se verifica em nível não-verbal, por meio de mecanismos comparáveis aos que predominam no mundo animal. Para exemplificar, destaca padrões de comportamentos de abelhas, pássaros, peixes etc, que, com sinais posturais e emissão de certos sons, reagem diante de um estímulo percebido pelo sujeito.

Mas, conforme Spitz (2000), a reação do animal à percepção desse padrão de comportamento não quer dizer que ele compreendeu uma mensagem que lhe foi dirigida, e o segundo animal também reage somente à percepção de um estímulo e não à mensagem. “A percepção do estímulo, como tal, provoca um comportamento no segundo sujeito animal que

será o correspondente, ou o homólogo, ou uma complementação do estímulo percebido”. (SPITZ, 2000, p. 131). É esse tipo de comunicação, observa, que se distingue da linguagem humana.

Spitz chama a linguagem animal de egocêntrica e a humana de alocêntrica. Egocêntrica, explica, quer dizer que está centrada no sujeito, ou seja, não se dirige ao outro animal, mas é a expressão de um processo interior. A mesma situação, acrescenta, acontece com o recém-nascido, cujo Ego ainda não está formado. “Suas vocalizações são a expressão de processos interiores e não se destinam a ninguém”. (SPITZ, 2000, p. 132).

A partir dessas teorias, Spitz desenvolve o conceito de *Anlage* filogenética.

No desenvolvimento da fala humana, esta forma primitiva de comunicação representa a parte filogeneticamente determinada que todos nós possuímos, já no nascimento, sob a forma de *Anlage*. Posteriormente, um desenvolvimento ontogenético especificamente humano será enxertado nesta *Anlage* filogenética. O enxerto filogenético consistirá de comunicação volitiva alocêntrica (dirigida), que opera por via de sinais e signos semânticos. Sua mais alta realização será o desenvolvimento da função simbólica. (SPITZ, 2000, p. 132).

A comunicação que ocorre entre mãe e filho nos primeiros meses de vida, antes, portanto, da formação de relações objetais, conforme Spitz (2000), se baseia na *Anlage* filogenética. Nesse período, acrescenta, o bebê se comunica com a mãe por sinais, enquanto a mãe emite suas mensagens por meio de signos para a criança, que assim são por ela percebidos. O sinal é “um percepto ligado empiricamente com a experiência de um objeto ou situação”. (SPITZ, 2000, p. 133). O exemplo dado por Spitz é o sinal de Koplik, que consiste em manchas vermelhas com um ponto central branco na boca, indicando a existência do sarampo. Sobre signo, sua definição é a de que “designa uma conexão convencionalmente aceita entre um sinal e uma experiência, seja a conexão acidental, seja arbitrária, ou esteja presente objetivamente” (SPITZ, 2000, p. 133), tal como a sinalização de uma placa de trânsito.

O sistema perceptivo e sensório do bebê, sobretudo nos primeiros seis meses de vida, está em estado de transição e mudará gradualmente de uma fase ou recepção que Spitz (2000) chamou de cenestésica para outra denominada diacrítica. A recepção cenestésica, diferentemente da percepção diacrítica, não é localizada nem discriminada, é extensiva. As relações entre as duas organizações lembram as relações entre os processos primários e secundários (SPITZ, 2000).

Na recepção cenestésica, o sensório desempenha importante papel e a percepção ocorre em um nível de sensibilidade profunda e em termos de totalidade de modo absoluto (tudo ou nada). Também as respostas à recepção cenestésica são de totalidade como, por exemplo, as respostas viscerais (SPITZ, 1945 *apud* SPITZ, 2000).

Esta chamada “recepção” e as respostas correspondentes, conforme Spitz (2000), são evocadas por signos e estímulos completamente diferentes dos que operam na percepção e na comunicação dos adultos, pois o sistema cenestésico responde a signos não-verbais, não dirigidos e expressivos, e o modo de comunicação resultante está no nível da comunicação animal “egocêntrica”.

De acordo com Spitz (2000), esses signos cenestésicos também podem ser encontrados em algumas categorias de comportamento humanos, como, por exemplo, na tensão muscular, no equilíbrio, na postura, na temperatura, na vibração, no contato com a pele e com o corpo, etc. Mas os adultos dificilmente estão conscientes desses signos de comunicação. Para o autor, os adultos, ao se comunicarem, utilizam os símbolos semânticos diacríticos – sistema de comunicação consciente e percebido.

Os adultos que conservaram a capacidade de usar uma ou muitas destas categorias de percepção e comunicação comumente atrofiadas são os superdotados. São compositores, músicos, bailarinos, acrobatas, aviadores, pintores, poetas e muitas outras coisas, e sempre os consideramos pessoas muito sensíveis ou personalidades instáveis. Mas é certo que invariavelmente se afastam do homem ocidental médio. O homem ocidental médio privilegia em sua cultura a percepção diacrítica, em relação à comunicação tanto com outros, quanto consigo mesmo. A introspecção é desvalorizada, tida como nociva e malvista, de modo que dificilmente tomamos

consciência do que ocorre dentro de nós, a não ser que estejamos doentes. (SPITZ, 2000, p. 136).

Grande parte da relação da díade mãe-bebê se passa, portanto, de forma inconsciente e pelo afeto, por esse tipo de comunicação, pois a mãe adquire nesse período, se assim se interagir com a criança, uma espécie de capacidade telepática ou cenestésica, como fala Spitz (2000), para compreender o bebê. Essa comunicação não só modela a psique do bebê como opera nos afetos, tanto os prazerosos como os desprazerosos.

Para que a mãe tenha essa comunicação efetiva e essa empatia especial com o bebê, como as mencionadas por Spitz (2000), é preciso que esteja no limiar de si mesma, para poder captar corretamente os sinais emitidos pelo filho. É preciso ainda que esteja igualmente “ligada” ao interior de si mesma, graças a uma identificação que a coloque, por meio de todas as camadas de seu psiquismo, em contato com a criança que ela própria foi (GOLSE, 2001).

Se a mãe estiver deprimida, não conseguirá, no entanto, perceber os sinais que o bebê emite, não poderá exercer a chamada preocupação materna primária de que nos fala Winnicott (1988, 2002). Essa mãe estará ou dispersa, ou irritada e, muitas vezes, sequer vai conseguir descobrir quando o choro do bebê é sinal de dor, fome ou sono. Nesse caso, a comunicação entre ambos estará comprometida e, conseqüentemente, a interação ficará bastante prejudicada.

1.3.1 O rosto imóvel

Na unidade de Desenvolvimento Infantil do Children’s Hospital de Boston foram feitas investigações com a chamada “situação de rosto imóvel”. Essa modalidade de estudo utiliza duas câmeras de vídeo, sendo uma focada no rosto do bebê e na parte superior de seu

corpo e outra no rosto e na parte superior do corpo da mãe. Todos os sinais são gravados e contados segundo a segundo num relógio digital para registrar a duração real da interação da díade e os movimentos da dupla.

Esses estudos e experiências foram feitos com Suzanne Dixon e Michael Yogman, além de T. Berry Brazelton, a partir de 1981 (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Na sala onde estavam as câmeras, Suzanne Dixon, Michael Yogman e T. Berry Brazelton pediam à mãe que entrasse e brincasse com o bebê – que ficava sentado em uma cadeira –, como costumava proceder em casa, podendo fazer qualquer coisa, menos tirar o bebê da cadeira.

Essa brincadeira durava três minutos e, depois, a mãe retirava-se do local por um breve espaço de tempo. Posteriormente, a mãe entrava novamente por um segundo período de três minutos só que, desta vez, a pedido dos pesquisadores, conservava seu rosto totalmente imóvel, não respondendo de modo algum ao bebê. “Desse modo, ela violava a expectativa que criara na anterior situação de brincadeira”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 128).

Numa dessas sessões, uma menininha de três meses, quando estava ainda sozinha – antes do segundo período da mãe retornar ao local da pesquisa -, começou a olhar contemplativamente para suas mãos e brincou com seus dedos. Quando a mãe entrou, seus movimentos cessaram, ela olhou para a mãe e sorriu, mas a mãe manteve o rosto imóvel. A criança olhou rapidamente para o lado e permaneceu quieta, com expressão facial séria. Seu olhar permaneceu desviado por 20 segundos (BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Em seguida, a criança olhou de volta para o rosto da mãe, com as sobrancelhas levantadas e os olhos arregalados e esticando ligeiramente braços e mãos em direção à mãe. Sem encontrar resposta, voltou a olhar para as mãos, brincou com estas por cerca de oito segundos e verificou mais uma vez o rosto materno. Seu olhar é quebrado por um bocejo, enquanto os olhos e o rosto se voltam para cima. Os dedos de uma mão puxam os dedos da outra e o restante do corpo encontra-se sem movimento. Um dos braços do bebê projeta-se

num ligeiro sobressalto, enquanto olha brevemente para o rosto da mãe. Em seguida, seus braços começam a se mover de forma espasmódica e as extremidades de sua boca curvam-se para baixo, enquanto os olhos fecham-se parcialmente.

A criança vira novamente o rosto para o lado, agarra suas mãos, estica as pernas em direção à mãe, curva-se para frente, faz alguns movimentos e olha novamente para o rosto da mãe. Faz uma careta e uma expressão facial mais séria, vincando o espaço entre as sobrancelhas.

Por fim, a criança retrai-se completamente, encolhendo o corpo e deixando cair a cabeça. Não volta a olhar para a mãe, começa a manipular a boca, chupa um dedo, balança a cabeça e olha para seus pés. “Parece cansada, desamparada e retraída”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 129). No final da sessão, quando a mãe deixou a sala, a criança olhou mais ou menos em sua direção “com uma expressão facial sombria” e sem modificar a posição encolhida de seu corpo (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 129).

Tal experiência, profundamente dolorosa para essa criança, bem como para os demais bebês a ela submetidos, como comprovam os autores e as próprias mães, demonstra o quanto é importante a interação saudável da díade mãe-bebê.

O fato de os bebês submetidos a esta situação ficarem tão frustrados frente a sua incapacidade de chamar atenção da mãe, além de mostrarem ser extremamente vulneráveis àquilo que interpretam como uma rejeição, é evidência de sua extrema dependência com relação ao “invólucro” da mãe, isto é, o conjunto de respostas previsíveis às suas solicitações. Depois de alguns esforços e de um protesto inicial, os bebês caem num estado de autoproteção. Primeiro tentam superar a necessidade que têm de olhar para a mãe. Depois tentam desligar-se completamente de seu ambiente. Por fim, procuram valer-se de suas próprias técnicas de autoconsolação. Esta seqüência de comportamentos evidencia tanto sua vulnerabilidade quanto sua forte expectativa pelos níveis de interação que estão acostumados a manter com suas mães. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 129).

Essa pesquisa demonstra como uma mudança brusca de humor da mãe ou sua indiferença pode afetar o estado do bebê. Quando os pesquisadores pediram às mães para imaginar, enquanto olhavam para seus bebês, como se sentiam quando estavam exaustas ou

deprimidas, as reações das crianças mudaram significativamente, e aumentaram as suas reações negativas, seguidas de protestos ou desconfiança (COHN & TRONICK, 1983 *apud* BRAZELTON; CRAMER, 1992).

Quando a interação normal foi restabelecida, os bebês passaram algum tempo monitorando desconfiadamente a mãe, chegando, muitas vezes, a retrair o corpo para o outro lado. Notou-se, portanto, que a interação normal foi afetada, e só voltou a ser a costumeira depois que as mães deram muito carinho aos seus bebês e demonstraram que estavam ali de novo para cuidar deles.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), as mães deprimidas criam freqüentemente essa violação das expectativas de seus bebês, pois, de vez em quando, são capazes de interagir normalmente, mas depois se retraem devido às próprias necessidades, deixando a criança numa situação de depressão e desesperança. A repetição freqüente desse padrão pode ser responsável pela produção dos clássicos sintomas de evitação do olhar.

Essa evitação do olhar ocorre porque é doloroso, para a criança, deixar que a expectativa se forme novamente. Outros sintomas que ocorrem a partir desse comportamento da mãe são: hipermotilidade gastrointestinal, resultante da tensão; fragilidade autonômica, resultante da ansiedade; e incapacidade ou falta de vontade de interagir socialmente com um adulto que solicita tal interação. “Os estudos de rosto imóvel permitem-nos entender essas reações distorcidas como formas ampliadas de processos normais”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 131).

Essas experiências nos mostram, na prática, o que tantos outros autores já apontavam como potenciais fatores de risco para a saúde dos bebês: as bruscas mudanças de humor das mães e a repetição freqüente desse comportamento. A criança não entende o que acontece, se retrai e a interação da díade pode ficar comprometida.

2 A MÃE DEPRIMIDA

Na segunda parte deste trabalho trataremos das patologias que dizem respeito às mães deprimidas e suas conseqüências para os bebês por elas cuidados. Analisaremos o texto de Freud *Luto e melancolia* (1917 [1915]), com objetivo de melhor entender os mecanismos tanto do luto como da depressão grave ou melancolia, para, em seguida, abordarmos o conceito de Green (1988) sobre “mãe morta”, metáfora que utilizou para definir a mãe deprimida por luto, abandono ou humilhações sofridas que, de repente, desinveste brutalmente de seu filho. Por último, discorreremos sobre as falhas no estágio precoce, quando o bebê ainda está em fase simbiótica com a mãe e é afetado por problemas e desarranjos na função materna, que poderão comprometer seu desenvolvimento.

A depressão materna tem, certamente, conseqüências em curto prazo no bebê, que podem muito bem ser trabalhadas e recuperadas totalmente na terapia. Mas, por outro lado, também pode proporcionar marcas patológicas graves e indelévels como nos mostra Golse (2001) que, nesse caso, representam verdadeira transfiguração na interação da mãe com o filho.

Pior ainda para a interação da díade mãe-bebê do que a depressão materna é a psicose materna, fato mais raro, mas que pode prejudicar gravemente a relação afetiva e, algumas vezes, até mesmo colocar em risco a vida de ambos.

Golse (2001) destaca como casos mais graves, além da psicose puerperal com recusa da maternidade, a psicose esquizofrênica com confusão dos limites e problemática fusional ou simbiótica, e ainda a psicose interpretativa, na qual a existência da criança é certamente reconhecida pela mãe, mas, incessantemente, protegida de uma realidade exterior vivida como hostil e ameaçadora no quadro de uma problemática projetiva. Diz ainda que

existem casos em que as projeções psicóticas maternas ocorrem sobre a própria criança, sentida então pela mãe como uma parte de si mesma.

No mínimo, pode-se dizer que estas histórias não favorecem a harmonia do desenvolvimento psicoafetivo da criança, mas os quadros que elas originam no bebê variam em função de cada história, indo das simples perturbações da imagem do corpo às manifestas psicoses infantis, passando pelos diferentes tipos possíveis de desarmonias evolutivas. (GOLSE, 2001, p. 119-120).

Toda a psicopatologia da mãe poderá, evidentemente, comprometer esse difícil exercício de equilíbrio. Golse (2001) salienta que as depressões maternas menos "mentalizadas" e mais "operatórias" parecem ser as mais perigosas para a criança. Essas depressões são, por vezes, exteriorizadas por meio de algumas fobias de impulso mais ou menos secretas, e podem provocar, no bebê, quadros psicopatológicos muito variados em função de sua natureza, intensidade e data de manifestação.

J. F. Cohn e E. Z. Tronick (*apud* GOLSE, 2002) descreveram quatro tipos de padrões de interação entre as mães deprimidas e suas crianças:

- a) De acordo com um primeiro padrão, as mães deprimidas são tristes, lentas, silenciosas e voltadas para si próprias, com pouca expressão afetiva.
- b) Segundo outro padrão, elas são coléricas e tensas, notadamente em sua expressão facial.
- c) Um terceiro padrão indica mães intrusivas e rudes durante suas interações com seu bebê, hiperestimulantes num certo sentido.
- d) De acordo com um último padrão, as mães deprimidas misturam os sinais dos padrões precedentes.

Para Catão (2002), a depressão se apresenta hoje como o mal da virada do século, e o termo parece ter engendrado o batalhão de sujeitos que assim qualificam seu estado de alma. Na clínica, entretanto, segundo Quinet (1999 *apud* CATÃO, 2002), o que se encontra

são estados depressivos que ocorrem em algum momento da vida de uma pessoa que apresenta uma história subjetiva precisa. O sentimento de tristeza é situado por Lacan (*apud* CATÃO, 2002) como a dor de existir e, como sentimento humano, se refere a uma posição do sujeito que faz parte da estrutura psíquica.

Catão (2002) acrescenta ainda que todas as perdas em Freud têm um significado de castração. Por esse motivo, são dolorosas, e o sujeito, para sair da dor, deve fazer o luto do que perdeu. Esse é o fundamento freudiano, segundo Catão (2002), para explicar o desencadeamento do luto, da depressão e da melancolia: a perda daquilo que escamoteava a castração.

A dor que caracteriza a depressão é, portanto, a dor constitutiva da castração, que, em vez de aparecer como angústia, deixa triste o sujeito com a nostalgia do ideal, com saudade do “Um” que encobria a falta. Logo, a depressão é um sentimento, um estado de alma, e cabe à psicanálise se dedicar a decifrar a posição do sujeito do inconsciente e com ele operar (CATÃO, 2002). Onde está o sujeito é o se deve perguntar, portanto, diante de uma mãe deprimida.

2.1 Luto e melancolia

Nesta parte do trabalho vamos examinar o texto *Luto e Melancolia* (FREUD, 1917 [1915]), para entendermos melhor os mecanismos psíquicos das depressões graves, nas quais o ódio do objeto perdido retorna para o próprio sujeito, atingindo o ego, e também as perdas decorrentes do luto. Quando Freud submeteu o texto *Luto e melancolia* à apreciação de Karl Abraham, este lhe enviou comentários, entre os quais o de que havia uma ligação entre a melancolia e a fase oral do desenvolvimento libidinal, conforme narra o editor inglês James

Strachey, em nota que antecede o texto, na Edição *Standard* Brasileira das Obras Completas de Freud (FREUD, 1917 [1915]).

Os herdeiros da nosografia alemã tenderam a fazer a melancolia submergir no vocabulário técnico da psiquiatria, enquanto os fenomenologistas conservaram o termo, definindo esse estado de espírito como uma alteração da experiência temporal (ROUDINESCO; PLON, 1998). Foi o que se deu, em particular, com Ludwig Binswanger.

Pouco interessado nessa psiquiatrização do estado melancólico, Freud já se interrogava sobre a melancolia em 1895 em um manuscrito enviado a Wilhelm Fliess. Nesse documento, Freud aproximou a melancolia do luto, isto é, do pesar por alguma coisa perdida, embora fazendo a diferenciação dos dois fenômenos. Comparou-a com a anorexia e a relacionou com uma falta de excitação sexual somática (ROUDINESCO; PLON, 1998). Em 1917, finalmente, publicou o texto *Luto e melancolia*, considerado magistral por Roudinesco e Plon.

Enquanto o sujeito, no trabalho do luto, consegue desligar-se progressivamente do objeto perdido, na melancolia, ao contrário, ele se supõe culpado pela morte ocorrida, nega-a e se julga possuído pelo morto ou pela doença que acarretou sua morte. Em suma, o eu se identifica com o objeto perdido, a ponto de ele mesmo se perder no desespero infinito de um nada irremediável. (ROUDINESCO; PLON, 1998, p. 507).

Freud levou em conta as considerações de Abraham e afirmou: “[...] não exitaríamos em incluir em nossa caracterização da melancolia essa regressão da catexia objetual para a fase oral ainda narcisista da libido”. (FREUD, 1917 [1915], p. 283). Strachey diz que Freud fez uma espécie de prolongamento do trabalho sobre narcisismo, escrito em 1914, em *Luto e melancolia*, observando que, do mesmo jeito que no primeiro artigo foram descritas as atividades desse “agente crítico” em casos de paranóia, nesse Freud desenvolve tais atividades em atuação na melancolia.

O ponto central da sugestão de Abraham sobre fase oral e do narcisismo apontado por Freud na melancolia é a escolha objetal do melancólico. Freud cita Otto Rank, quando este diz que essa escolha é feita numa base narcisista, “de modo que a catexia objetal, ao se defrontar com obstáculos, pode retroceder para o narcisismo”. (FREUD, 1917 [1915], p. 282).

A identificação narcísica com o objeto torna-se, portanto, um substituto da catexia erótica. Freud (1917 [1915]) diz ainda que essa regressão de escolha objetal é expressa de maneira ambivalente e em conformidade com a fase oral ⁹ canibalista do desenvolvimento libidinal, na qual a pessoa deseja incorporar o objeto devorando-o. Essa fase de organização infantil da libido corresponde ao segundo tempo da fase oral descrita por Abraham (fase sádico-oral) e é igualmente chamada de fase canibálica. A incorporação adquire nela o sentido de uma destruição do objeto, o que implica a noção de ambivalência na relação objetal (MIJOLLA, 2005).

Assim, Freud (1917 [1915]) explicou o porquê de haver muitos casos de pessoas que se recusam a comer nas formas graves de melancolia. Entendemos que há, nesse caso, uma associação, feita por Freud (1917 [1915]), com a zona erógena (boca) e o caráter objetal (escolha do objeto). Como o melancólico faz suas escolhas afetivas de forma narcisista e também sofre uma regressão a um ponto de fixação da libido que Freud (1917 [1915]) identificou como fase oral canibalista, entendemos que seu objetivo sexual é constituído pela incorporação do objeto, por meio da identificação. Essa identificação do melancólico com o objeto implica, por sua vez, avidez e destrutividade. Com a perda do objeto, poderá ocorrer, portanto, a recusa do melancólico ao alimento, num movimento claramente mortífero.

⁹ Em 1915, na terceira edição de *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*, Freud apresentou a noção de fases de forma mais sistematizada. Com as complementações de Abraham, as diferentes fases foram definidas como graus de organização pulsional do desenvolvimento do ser humano, as quais têm um caráter topográfico, referente à zona erógena, e um caráter objetal, referente ao tipo de escolha do objeto (ZIMERMAN, 2001).

Freud (1917 [1915]) define o luto, de modo geral, como uma reação à perda de um ente querido ou de uma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o ideal de alguém, o país ou a liberdade. Podemos ilustrar o luto por um ideal com as palavras de Cláudio Eizirik. Ao afirmar que o Brasil está de luto, o psicanalista justificou:

O luto pela esperança já está presente. Houve um grande investimento num novo projeto que não está acontecendo. Estamos vivendo um momento de descrença, de desesperança. Não estou me referindo a uma pessoa. Estamos numa situação em que toda a classe política precisa fazer uma revisão. (...) Freud descreveu o luto não só como perda de uma pessoa, mas também de uma causa, de uma ideologia. (EIZIRIK, 2005, p. A6).

No luto, o objeto amado não existe mais, e isso passa a exigir, conforme Freud (1917 [1915]), a retirada de toda a libido desse objeto, o que não é um processo fácil, pois há sempre um apego do sujeito ao objeto perdido. Mas, nesse processo, prevalece o senso de realidade se tudo correr bem e, quando o trabalho do luto se conclui, o ego fica novamente livre e desimpedido para buscar outros objetos.

Em algumas pessoas, no entanto, esse mesmo processo de luto poderá produzir melancolia, ou seja, o sujeito não conclui as etapas necessárias para o luto e não libera o ego, fixando-se, portanto, no objeto perdido. Essas pessoas “possuem uma disposição patológica”. (FREUD, 1917 [1915], p. 275).

O objeto perdido para o melancólico talvez não tenha realmente morrido, como ocorre no processo de luto, mas pode ter sido perdido enquanto objeto de amor. Freud (1917 [1915]) exemplifica com o caso de uma noiva que tenha sido abandonada pelo noivo, e enumera vários traços do melancólico: desânimo profundamente penoso, desinteresse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda e qualquer atividade, diminuição da auto-estima, auto-recriminação, auto-envilecimento e até mesmo uma expectativa delirante de punição.

O sujeito pode estar perfeitamente cômico de que ocorreu uma perda do objeto, no caso da noiva que perdeu o noivo, por exemplo. Mas não pode, conscientemente, perceber o que ele perdeu, somente a perda que deu origem a sua melancolia. Falta a esse sujeito, portanto, ter consciência sobre o que ele perdeu nesse alguém.

Isso sugeriria que a melancolia está de alguma forma relacionada a uma perda objetual retirada da consciência, em contraposição ao luto, no qual nada existe de inconsciente a respeito da perda. No luto, verificamos que a inibição e a perda de interesse são plenamente explicadas pelo trabalho do luto no qual o ego é absorvido. Na melancolia, a perda desconhecida resultará num trabalho interno semelhante, e será, portanto, responsável pela inibição melancólica. (FREUD, 1917 [1915], p. 278).

Além de perder seu amor próprio, o melancólico sofre uma perda relativa a seu ego. Esse processo ocorre porque, como o sujeito está ligado narcisicamente ao objeto, a pessoa ou objeto perdido acaba sendo introjetado ao seu próprio ego. Esse ego clivado do sujeito – formado em parte pelo objeto perdido introjetado e por outra parte que odeia esse objeto pelo fato de tê-lo abandonado – é a tortura do melancólico.

Para Freud (1917 [1915], p. 280), essa é a “chave do quadro clínico”, pois as auto-recriminações do melancólico – representadas, nesse caso, pela parte desse Eu sádico punitivo – são, na verdade, recriminações feitas ao objeto amado que foram deslocadas para seu ego. Por esse motivo, uma perda objetual nesse sujeito acaba se transformando em perda de seu próprio ego.

Ao destacar a autotortura que o melancólico se impõe, Freud (1917 [1915], p. 284) afirma que esse sadismo soluciona o enigma da tendência ao suicídio, que torna a melancolia “tão interessante e tão perigosa”. Na melancolia ocorrem, portanto, inúmeras lutas isoladas em torno do objeto, “nas quais o ódio e o amor se digladiam; um procura separar a libido do objeto, o outro defender essa posição da libido contra o assédio”. (FREUD, 1917 [1915], p. 290). Essas lutas ocorrem no sistema Ics, a região dos traços de memória de coisas.

Na melancolia, a relação com o objeto não é simples; ela é complicada pelo conflito devido a uma ambivalência. Esta ou é constitucional, isto é, um elemento de toda relação amorosa formada por esse ego particular, ou provém precisamente daquelas experiências que envolvem a ameaça de perda do objeto. Por esse motivo, as causas excitantes da melancolia têm uma amplitude muito maior do que as do luto, que é, na maioria das vezes, ocasionado por uma perda real do objeto, por sua morte. (FREUD, 1917 [1915], p. 289).

Esses complexos mecanismos psíquicos, tão amplamente abordados por Freud (1917 [1915]) no processo do luto e da melancolia, também nos revelam as enormes complicações pelas quais passa uma mãe enlutada que ganha um bebê, mesmo que esse luto seja feito de acordo com o tempo natural e necessário para sua elaboração. Pensemos que, durante a elaboração do luto, haverá todo um período de sofrimento tão bem enfatizado por Freud (1917 [1915]), no qual a mãe poderá desinvestir energia afetiva e psíquica em seu bebê e este deverá sofrer as consequências. Nesse caso, a interação da díade, mesmo que retorne a um bom termo posteriormente, será afetada.

No caso de a mãe ser melancólica ou de seu luto transformar-se em melancolia, a situação é bem mais grave e poderá acarretar todo o tipo de problema para o bebê em seu desenvolvimento. Nessa circunstância, poderá haver nesse sujeito uma mãe interna tragicamente danificada e de forma precoce.

A figura da mãe interna danificada se tornará um objeto que provoca uma relação de culpa persecutória irreparável. Nada do que o bebê faça poderá restaurá-la adequadamente. Na impossibilidade de reparar a mãe interna destruída, restará ao sujeito apenas indenizá-la continuamente, numa dívida sem possibilidade de remissão. Na melhor das hipóteses, o sujeito estabelecerá posteriormente relações masoquistas de submissão e condescendência com a própria mãe, ou pessoas que a substituam co-transferencialmente no futuro. Na pior das hipóteses, desenvolverá um estado psicótico melancólico, que poderá eventualmente ser revertido temporariamente para outro quadro psicótico de tipo maníaco, este mais instável e que desemboca em novo período melancólico, com risco de suicídio. (SIMON, 2005, p. 27).

Os estudos feitos depois de Freud e também de Lacan que tratam da melancolia referem-se tanto à crueldade da figura materna quanto à morte do pai, no caso incorporação do pai morto – este pai referido à metáfora do pai da horda primeva citado por Freud em *Totem e Tabu* – como ingredientes para esse sofrimento (PERES, 2003). As referências às

dificuldades com a figura materna, no entanto, se encontram em quase todos os melancólicos e nos textos que tratam da melancolia, segundo Peres (2003).

Nesse caso, diz Peres (2003), a criança teria sido privada da imagem especular que a unifica, do reconhecimento da mãe que lhe confirme essa captação. Esse reconhecimento viria pelo olhar da mãe, mas se esse olhar for “vazio” transpassará o bebê, e este não se sentirá olhado. A resposta que o bebê terá, nesse caso, é “nada”, e esse nada se corporifica em uma perda. Essa experiência, por sua vez, assumirá uma dimensão que vai sobrepujar qualquer possibilidade de encontro com o objeto.

As perdas ocorridas no luto serão, portanto, superadas se o sujeito conseguir ultrapassar as etapas naturais desse processo. Já o melancólico sofre de um luto contínuo na vida, por problemas que podem ter surgido nos primórdios de sua relação com a mãe e seu ambiente familiar, tudo isso com ingredientes de uma disposição patológica, conforme observa Freud (1917 [1915]).

O resumo do desenho freudiano sobre a melancolia (DELOUYA, 2003) permite compreender por que a psicanálise moderna situa a sensibilidade depressiva no estágio ou momento constitutivo da configuração do objeto, ocorrendo conjunta ou concomitantemente à do eu do sujeito. “A depressão eclode, segundo essa concepção, com a consciência de ser separado da mãe ou com a perda progressiva dela, na esteira do nascimento do sujeito – do eu -, e o conseqüente reinvestimento de si”. (DELOUYA, 2003, p. 37). Essas perdas e sentimentos de perda precoces poderão ser verificados na vida adulta, pois tanto no discurso do melancólico como nas depressões ocasionais (PERES, 2003), a queixa da perda de sentido da vida é uma constante, assim como a desvalorização de si.

2.2 A mãe morta

André Green (1988) criou o conceito de mãe morta para definir a mãe enlutada e depressiva que cuida de um bebê e as consequências desse comportamento na criança. A mãe morta aqui analisada é uma metáfora, pois Green não trata das consequências psíquicas da morte real da mãe, mas de uma imago que se constitui na psique da criança em consequência de uma depressão materna, particularmente devido a um luto sofrido pela mãe, mas também por abandono ou humilhações e grandes infortúnios vividos por ela. Green (1988) demonstra o quanto essa mãe que está criando um bebê pode afetá-lo, por estar com seu estado emocional comprometido pelo traço essencial de uma depressão.

A variedade dos fatores desencadeantes da depressão materna é muito grande, podendo-se destacar, entre alguns deles, a perda de um ente querido, o sofrimento de uma decepção que inflige uma ferida narcisista, infortúnio na família nuclear ou na família de origem, ligação amorosa do pai que abandona a mãe, humilhação, etc. Em todos os casos, a tristeza da mãe e a diminuição do interesse pela criança estão em primeiro plano (GREEN, 1988).

A mãe morta é, portanto, uma mãe que permanece viva, mas que está, aos olhos da pequena criança de quem ela cuida, morta psiquicamente. Green diz que tal depressão materna transforma brutalmente o objeto vivo, fonte de vitalidade da criança, em figura “distante, átona, quase inanimada, impregnando muito profundamente os investimentos de certos sujeitos que temos em análise e pesando sobre o destino de seu futuro libidinal, objetual e narcisista”. (GREEN, 1988, p. 239).

A transformação na vida psíquica, no momento do luto súbito da mãe que desinveste brutalmente de seu filho, é vivida pela criança, segundo Green (1988), como uma

catástrofe. Primeiro porque, sem qualquer aviso prévio, o amor foi repentinamente perdido, havendo um trauma narcisista. Há ainda uma perda de sentido para a criança, pois ela não entende o que aconteceu. Green (1988) sublinha que o caso mais grave para a depressão da mãe é o da morte de um filho com pouco tempo de vida. Diz que é possível, posteriormente, para a família, superar esse trauma, inclusive para a criança que foi desinvestida pela mãe, mas ressalva: “Aqui, o desastre limita-se a um núcleo frio que posteriormente será superado, mas que deixa uma marca indelével nos investimentos eróticos dos sujeitos em questão”. (GREEN, 1988, p. 248).

Green (1988) diz que a criança que teve uma “mãe morta”, no sentido dessa metáfora, sofreu uma brusca interrupção no início de sua vida. Antes, tinha uma relação rica e feliz com a mãe e sentia-se amada. Depois, de forma abrupta, e sem entender o porquê, vive a perda de amor da mãe. É possível notar, inclusive, num olhar mais acurado, essa mudança de movimento do pequeno bebê, segundo Green (1988), no álbum da família, o qual testemunha, na seqüência de fotos, a perda dessa primeira felicidade.

Green (1988) destaca ainda que a criança teve a cruel experiência de ficar precocemente dependente às variações de humor da mãe. Por esse motivo, desenvolveu a capacidade de adivinhar ou antecipar os acontecimentos, o que pode, inclusive, resultar numa criação artística ou intelectualização muito rica desse sujeito. Essa capacidade para antecipar ou adivinhar os acontecimentos, segundo o autor acima citado, nada mais é do que uma tentativa de dominar a situação traumática.

Esse domínio, no entanto, poderá fracassar, segundo Green (1988), pois as sublimações idealizadas precoces são provenientes de formações psíquicas prematuras e precipitadas, o que abrirá a possibilidade de o sujeito ser incapaz de equilibrar-se em suas relações de objeto e ter um ponto vulnerável nesse sentido, que é sua vida amorosa. “Em suma, os objetos do sujeito ficam sempre no limite do Eu, nem completamente dentro nem

totalmente fora. E isto porque o lugar está ocupado, no centro, pela mãe morta”. (GREEN, 1988, p. 252).

As razões pelas quais esses sujeitos procuram os consultórios, conforme Green (1988), não aparecem, durante as entrevistas preliminares, em absoluto, como traços característicos da depressão. Em contrapartida, após examinar melhor pacientes em análise que viveram esse problema, Green (1988) conta que, de início, percebe-se a natureza narcisista dos conflitos invocados por esses sujeitos, suas conseqüências na vida amorosa e na atividade profissional.

Para Green (1988), a natureza dos conflitos vividos por essas pessoas está relacionada com a chamada neurose de caráter, como ele define. Segundo Bergeret (1974 *apud* HEGENBERG, 2003), o termo neurose de caráter é o mesmo que *borderline* ou fronteiroço ou ainda limítrofe. Foi Stern (1945 *apud* HEGENBERG, 2003) quem primeiro usou o termo *borderline*, incluindo aí somente neuróticos. Mas, segundo Bergeret (1974 *apud* HEGENBERG, 2003), foi a partir de Eisenstein, em 1949, que o vocábulo *borderline* passou a agrupar tentativas de nomear as possibilidades nosológicas que não se enquadram entre as psicoses e neuroses, tais como: esquizotimia (esquizotímico), esquizoidia (esquizóide), pré-psicose (pré-psicótico), personalidade hebefrênica, psicoses marginais, paranóia sensitiva, certas personalidades perversas, personalidade psicopática, personalidade “como se” e falso-self (HEGENBERG, 2003).

É importante frisarmos aqui que falar sobre o termo *borderline*, no sentido de poder especificar melhor esse tema, implicaria escrever uma outra monografia. Queremos com isso destacar que toda essa denominação acima citada, bem como os chamados casos-limite, casos difíceis – como alguns autores se referem a pacientes que vivenciaram uma situação semelhante à da mãe morta de Green (1988) -, etc., é uma questão complicada. Destacamos ainda que nomear simplesmente alguém de *borderline* pode ser impreciso, pois o

borderline de Kernberg não é o mesmo que o de Bergeret e do DSM-IV (HEGENBERG, 2003). É bom também observar que, mesmo delimitando o termo, sua significação pode ser ampla e complexa.

Então, para que fique mais claro, o *borderline* de que estamos falando aqui, conforme a definição do próprio André Green (1999 *apud* HEGENBERG, 2003), tem duas angústias principais: a de separação (perda do objeto) e a de intrusão. Ocorrem dois mecanismos com esses sujeitos, que são: a clivagem, no sentido Kleiniano,¹⁰ e a depressão, que se manifesta por uma perda do gosto pela vida, pela diminuição do que constitui o tônus vital. Segundo Green (1999 *apud* HEGENBERG, 2003), o *borderline* encontra-se enredado num fantasma que não é elaborado, mas evacuado, sofre os fenômenos da forclusão e da clivagem sem ser um psicótico no sentido exato desse termo. Além disso, em vez de elaborar psiquicamente, esse sujeito tende a agir, pratica a descarga e a repetição.

Bergeret (1974 *apud* HEGENBERG, 2003) define o *borderline* como alguém que tem uma relação de objeto anaclítica, ou seja, de apoio, com uma relação de dependência e necessidade de afeto, apoio e compreensão. O ego é frágil e o objeto anaclítico tem o papel de superego auxiliar e ego auxiliar, ora protetor, ora interditor. A instância dominante é o ideal do ego, em quem o sujeito se espelha; e a angústia é a da perda do objeto, do qual ele se torna dependente. O *borderline* se defende de uma angústia depressiva, mas esta aparece quando o objeto anaclítico ameaça escapar. Bergeret (1974 *apud* HEGENBERG, 2003) explica ainda que a depressão, nesse caso, não é melancólica¹¹, mas neurótica.

¹⁰ Segundo Zimerman (2001), para Klein, que melhor estudou o fenômeno da clivagem dos objetos (pois há também a clivagem do ego), um mesmo objeto parcial pode ficar dissociado simultaneamente em quatro formas: objeto bom, mau, perseguidor e idealizado. O autor explica ainda que diferentemente de Freud, que concebia os objetos sendo introjetados de forma total, Klein prioriza a relação e a introjeção com partes do objeto, como pode ser a parte boa ou má do seio, do pênis, etc.

¹¹ Mais ligada ao ódio voltado para si. (Ver Capítulo 2.1, sobre Luto e melancolia).

Green (1988) chamou de “clínica do vazio” ou “clínica do negativo” as angústias “brancas” que traduzem a perda sofrida no nível do narcisismo. Tais angústias, observou, seriam resultado de um dos componentes do recalçamento primário: um desinvestimento massivo, radical e temporário da mãe sobre o sujeito ainda na infância, que deixa marcas no inconsciente sob a forma de “buracos psíquicos”. Esses buracos, segundo Green (1988), são, muitas vezes, preenchidos por reinvestimentos, expressões da destrutividade assim liberada por esse enfraquecimento do investimento libidinal erótico.

A respeito da expressão buraco psíquico, Green (1988) teceu um comentário interessante sobre esse vazio que sente a criança devido ao desinvestimento da mãe. Ele descreve casos de pacientes que se queixavam bastante de suas mães e conclui que tais queixas recaíam não sobre as atuações e ações dessas mães, “mas à sombra de sua ausência”. (GREEN, 1988, p. 253). Especificamente sobre um paciente, disse que as queixas eram, na verdade, contra uma mãe absorta, muda, presente, mas indiferente.

A mãe morta havia carregado consigo, no desinvestimento de que fora objeto, o essencial do amor de que tinha estado investida antes de seu luto: seu olhar, o tom de sua voz, seu cheiro, a lembrança de seu carinho. A perda do contato psíquico provocara o recalçamento do traço mnêmico de seu toque. Tinha sido enterrada viva, mas seu próprio caixão havia desaparecido. O buraco que jazia no seu lugar fazia tremer a solidão, como se o sujeito corresse o risco de nele soçobrar com seu corpo e pertences. (GREEN, 1988, p. 253).

Green (1988) faz uma comparação dessa sensação de vazio e de “buraco psíquico” da qual a criança é vítima, nessa situação, com o sentimento de queda vertiginosa descrito por Winnicott (2001) quando este aponta conseqüências devido às falhas graves no *holding*. Muitos pacientes experimentam tal sensação de queda vertiginosa e, segundo Green (1988), esse fenômeno parece estar muito mais relacionado com uma experiência de desfalecimento psíquico, tal como é o desmaio para o corpo físico.

Podemos ainda comparar esse vazio ou “buraco psíquico” de que nos fala Green (1988) com a “sensação de despedaçamento” e a de “estar caindo num poço sem fundo”

descritas por Winnicott (2001, p. 27), provocadas por um *holding* deficiente da mãe para com a criança. Essas ansiedades, diz Winnicott (2001), provocam um sentimento de que a realidade exterior não pode ser usada para o reconforto interno.

Esse tema, segundo Mello FILHO (1989), nos permite fazer outras incursões como a que Winnicott fez em seu artigo intitulado “Ansiedade associada à insegurança”, inspirado no trabalho de Rycroft *Some observation on a case of vertigo*, escrito em 1952, onde este autor escreveu:

A vertigem é uma sensação que ocorre quando o sentido de equilíbrio de uma pessoa é ameaçado [...]. Para um adulto, é uma sensação que geralmente, apesar de nem sempre, se associa às ameaças à manutenção da postura ereta, havendo, portanto, uma tendência a pensar na tonteira exclusivamente em termos de ansiedades relativamente maduras, tais como o medo de cair ou o medo de alturas, e esquecer que bebês, muito antes de poderem ficar de pé, experimentam ameaças ao seu equilíbrio e que algumas de suas primeiras atividades, tais como agarrar-se ou segurar, representam tentativas de manter a segurança de se sentir sustentado pela mãe. À medida que o bebê aprende a andar, a função de sustentação da mãe é gradualmente tomada pelo chão; deve ser esta uma das principais razões pelas quais a terra é inconscientemente considerada a mãe e que distúrbios neuróticos de equilíbrio podem com tanta frequência remontar a conflitos acerca da dependência da mãe. (RYCROFT, 1952 *apud* MELLO FILHO, 1989, p. 34).

Tais observações acerca da vertigem enriquecem ainda mais os fenômenos apontados por Winnicott (2001) e Green (1988) e nos fazem pensar em muitas possibilidades e sintomas que podem estar relacionados com os primórdios da relação entre a mãe e o bebê.

2.3 Falhas no estágio precoce

Nesse estágio, quando o bebê está mais acentuadamente em fase simbiótica com a mãe,¹² considerado, portanto, em total dependência e numa relação dual na qual o Outro é somente a mãe, falhas na função materna podem comprometer seriamente o desenvolvimento

¹² Até o 4º ou 5º mês para Mahler; fase da posição esquizoparanóide para Klein. Período anterior ao estágio do espelho de Lacan, que vai dos seis aos 18 meses.

da criança. Por ainda não ter distinguido o eu do não-eu, o bebê poderá apresentar variados problemas futuros devido à ineficiência materna.

A patogenia da mãe consiste exatamente na má aplicação de alguns dos requisitos minimamente necessários para o desenvolvimento sadio da criança, como o *holding* e o *handling* destacados por Winnicott (2001, 1896, 1971 *apud* BRENTANO) e as funções que Bion (1991) denominou de continente ou *rêverie*.

As depressões maternas menos "mentalizadas" e mais "operatórias", consideradas, entre as depressões de início da maternagem, as mais perigosas, segundo Golse (2001), podem provocar quadros psicopatológicos variados no bebê, dependendo da natureza, intensidade e data de sua manifestação. Entre essas conseqüências, as depressões do bebê ocupam um lugar central. Golse (2001) enfatiza que essas depressões maternas são apenas um dos múltiplos elos que conduzem à patologia do bebê. Em primeiro lugar, ele descreve as depressões clássicas do bebê estudadas por Bowlby (2002), tais como reações à separação e perda de vínculo, e também a chamada depressão anaclítica ou hospitalismo, fenômenos verificados por Spitz (2000). Essas depressões são associadas às carências maternas quantitativas.

Centraremos nosso tema, no entanto, às carências maternas qualitativas, ou seja, nas dificuldades interativas do bebê com uma mãe deprimida, que está presente, mas psiquicamente indisponível para ele, porque está, justamente, afetada pelos humores da depressão. Há duas depressões do bebê que parecem corresponder a este quadro: as depressões frias ou brancas e a síndrome de comportamento vazio (GOLSE, 2001).

Depressões frias ou brancas são fenômenos depressivos menos espetaculares que as depressões clássicas, mas igualmente muito importantes, pois poderiam, como no adulto, preparar o caminho para numerosos problemas somáticos benignos ou graves, tais como

infecções respiratórias, asma, eczemas, colites, atrasos no desenvolvimento e problemas de estatura e de peso.

Podem ocorrer na criança alguns traços da “depressão essencial”¹³ que ocorre nos adultos, que surge com o desaparecimento da libido objetal e narcísica; e sintomas como tristeza, inquietação, abatimento, culpa e melancolia. A depressão branca ou fria é a expressão totalmente negativa de indiferença, de falta, que lembra os traços depressivos apontados por Bowlby a partir de 1957 para delimitar a essência da depressão precoce (GOLSE, 2001). Trata-se de uma depressão com características negativas: hipofuncionamento psíquico e somático, hipoatividade, hiporeatividade, diminuição da comunicação pelos gestos e movimentos, inibição, inércia, solidão, falta de interesse e de curiosidade para o mundo exterior. Esse tipo de depressão pode preparar o caminho para organizações psicossomáticas da personalidade, segundo o autor.

Surge assim o risco de organizações psicossomáticas e a possibilidade de descompensações psicossomáticas. Note-se que a depressão fria ou branca não abrange o conceito de depressão mascarada, se se partir do princípio que este se aplica à criança. Sob o termo depressão mascarada (termo com origem na psiquiatria dos adultos), designa-se de fato uma depressão predominantemente de expressão somática ou corporal, sem mentalização dos afetos depressivos. Ora, na criança – e principalmente no bebê que não dispõe de linguagem – o corpo é o intermediário relacional privilegiado com o meio e, no fundo, é muito natural que a problemática depressiva se traduza nas manifestações somáticas. [...] Na depressão fria ou branca a que nos referimos não se trata disso. É verdade que não há elaboração verbal ou mentalização do núcleo depressivo, mas também não há uma tradução somática espetacular ou tumultuosa da psicopatologia. Há, sobretudo, carência, atonia, esvaziamento relacional: de certo modo sintomatologia do vazio. (GOLSE, 2001, p. 114-115).

Qualquer dos tipos de depressão do bebê apontadas pelo autor em consequência da depressão materna podem representar um risco para a saúde da criança, e seus desdobramentos são imprevisíveis em alguns casos, mas sempre deixam marcas no comportamento do sujeito. O outro tipo de depressão da criança verificado por Golse (2001) é

¹³ Termo utilizado por P. Marty, segundo L. Kreisler (GOLSE, 2001, p. 114).

a chamada síndrome do comportamento vazio, sendo que esta está mais vinculada à criança um pouco mais velha.

Golse (2001) diz que essa síndrome centra-se na carência de mentalização ou simbolização e numa falha de elaboração fantasmática, ambas ligadas a uma espécie de falência do sistema pré-consciente.¹⁴ Esse quadro é mais duradouro do que o da depressão branca ou fria (GOLSE, 2001), pois a criança só conheceu a mãe depressiva, desde sempre (GOLSE, 2002). A vida da criança parece organizada quanto ao comportamento, mas nota-se uma indiferenciação da relação de objeto, pobreza ou até ausência de atividades auto-eróticas ou transicionais, bem como ausência da angústia do oitavo mês e sentimento de vazio interior para crianças mais velhas. A notícia boa, segundo registra Golse (2001), é a reversibilidade desse quadro graças à ação terapêutica.

Tanto as depressões frias como a síndrome do comportamento vazio estão ligadas, portanto, a carências maternas qualitativas. As primeiras, no entanto, remetem para uma ruptura interativa súbita, segundo Golse (2002), enquanto a segunda, que ele chama de verdadeiro equivalente depressivo, desenrola-se ao longo do tempo, traduzindo uma carência, uma falta em nível da organização mental, e remete não para uma ruptura, mas para descontinuidades interativas repetidas ou para o que ele chamou de “relação desértica habitual”. Nesse último caso, Golse (2002) diz que, se não houver uma intervenção terapêutica suficientemente precoce, a evolução dessa depressão pode dar lugar a retardos de linguagem, distúrbios cognitivos e inibição defensiva do pensamento.

Outras possíveis consequências das depressões maternas na criança destacadas por Golse são as convulsões do quinto dia, “de prognóstico francamente benigno e sem explicação pediátrica reconhecida até hoje”. (GOLSE, 2001, p. 117). Segundo o autor, pode-

¹⁴ Síndrome descrita por L. Kreisler na linha dos trabalhos da Escola Psicossomática de Paris (FAIN; MARTY; M'UZAN *apud* GOLSE, 2001).

se avançar na hipótese de que tais fenômenos ocorrem devido a um “desistir” interativo do bebê pela mãe, estando ela nesse momento menos capaz experimentalmente de reconhecer o seu bebê, entre outros motivos, devido à depressão pós-parto que atravessa. “O fracasso relativo do sistema pára-excitação materno daria então lugar a uma hiperestimulação perceptiva do bebê que se resolveria na crise convulsiva”. (GOLSE, 2001, p. 118).

Um sintoma clássico das depressões infantis em decorrência da depressão materna é a insônia do bebê, embora Golse (2001) ressalve que esse problema possa ocorrer também em outras situações. Golse (2001) observa, no entanto, que o sono da criança se torna difícil quando a mãe está ansiosa ou deprimida porque, nesse caso, a criança não tem a confiança necessária no objeto libidinal para se deixar levar pela regressão fusional e pela quietude narcísica do adormecimento. Desse modo, a criança agarra-se à vigília como se quisesse segurar a mãe com os olhos, como se com o olhar a mantivesse viva, o que mostra bem a precariedade existencial dos seus objetos, quer externos ou internos.

A instabilidade psicomotora também poderá aparecer isolada ou integrada no quadro de uma síndrome de comportamento vazio. A função materna, na qualidade do *holding* materno, é vivida metaforicamente como uma pele psíquica que possui, entre outras, uma dupla função continente e limitadora para o bebê (GOLSE, 2001). É a interiorização e a integração de um objeto continente suficientemente bom que permite, secundariamente, que essa pele adquira uma dupla função, conforme Golse (2001), de onde derivará a constituição do que Didier Anzieu (1988 *apud* ANDRADE, 2002) chamou de “Ego-pele”.

Se a mãe está deprimida, a sua função continente é fraca e a criança deverá formar peles psíquicas substitutivas, cuja instabilidade constitui uma versão motora e patológica, no que consistirá, entre outras coisas, mexer-se para melhor se conter.

No extremo oposto de todas as patologias, Golse (2001), assim como Winnicott (1983), cita o autismo infantil, sendo que Golse (2001) diz que este pode estar dentro das

“carapaças e estereótipos compreendidos como uma pele psíquica substitutiva fortemente patológica”. (GOLSE, 2001, p. 118).

O retraimento do investimento ou o não investimento do filho pela mãe confronta a criança com uma experiência de separação psíquica traumática e não metabolizável. Daí uma estratégia de evacuação, de denegação da separação e emergência de mecanismos autistas bem descritos nomeadamente por F. Tustin e D. Meltzer. Realmente encontram-se muitas histórias de gravidez enlutada na biografia de crianças autistas (“mães mortas”¹⁵ ultra precoces), embora este trabalho de reconstrução deva ser relativizado no seio de um determinismo muito provavelmente complexo. (GOLSE, 2001, p. 118-119).

Winnicott (1983, p. 57-58) relatou quatro patologias que poderão ser desenvolvidas pela criança devido a problemas de maternagem, que destacamos abaixo com suas próprias definições. São elas: a) Esquizofrenia infantil ou autismo; b) Esquizofrenia latente; c) Falsa autodefesa; e d) Personalidade esquizóide.

a) Esquizofrenia infantil ou autismo: é um conhecido grupo clínico que contém desde doenças secundárias a lesões ou deficiências físicas no cérebro e inclui também algum grau de cada tipo de falha nos pormenores da maturação inicial. “Em boa proporção desses casos não há evidência de doença ou defeito neurológico. [...] Em alguns casos há boa evidência de reação produzida pelo fracasso de apoio ao ego...” (WINNICOTT, 1983, p. 57).

Sobre esse primeiro grupo de patologias, o que podemos comentar é que, levando em conta as afirmações de Winnicott (1983) – nos casos em que ele observa não haver evidências de defeito neurológico -, deve ter ocorrido grave deficiência na maternagem e, portanto, um *holding* drasticamente ineficiente. Nessas situações, pode até mesmo ter havido, em nossa opinião, abandono por parte da mãe, maus tratos à criança – enfim, um ambiente nada acolhedor – e outros tantos problemas que podem acometer um recém-nascido. Isso tudo pode ainda estar somado a uma tendência inata da criança a adquirir tais patologias em interação com um ambiente deteriorado.

¹⁵ Termo usado por A. Green para definir as mães enlutadas e deprimidas diante do bebê. (Ver Capítulo 2.2).

A respeito do autismo, há muitas discussões e estudos sobre implicações neurológicas e neuroquímicas e também sobre fatores genéticos (HENRIQUES, 2005) que estariam vinculados a certos tipos e graus dessa complexa patologia. Mas não é nossa intenção abordar aqui esses aspectos. O que queremos destacar é que tanto Winnicott como outros autores – para citar Golse, Tustin e Meltzer (*apud* GOLSE, 2001) – escreveram sobre casos de autismo decorrentes de falhas graves nos estágios iniciais da vida do bebê ou mesmo, provavelmente, decorrentes de problemas vividos pela mãe antes do parto, como é o caso das mães enlutadas durante a gravidez.

Gostaríamos de ressaltar que a esquizofrenia também é uma enfermidade muito grave e bastante discutida pela psiquiatria e, atualmente, pela neurociência, que aponta alterações neuroquímicas no cérebro e tendências desses indivíduos para desenvolver a doença. Gattaz (2005), psiquiatra do Laboratório de Neurociências da Universidade de São Paulo (USP), observou que, apesar de as causas da esquizofrenia ainda não serem totalmente elucidadas, várias pesquisas mostram que a doença está associada a uma disfunção cerebral, principalmente no lobo frontal. Para o psiquiatra, como essa disfunção já está presente em pacientes jovens, se supõe que, no primeiro surto da doença, ela não seja consequência da psicose em si ou de seu tratamento, mas sim de um distúrbio na maturação do cérebro durante a infância e a adolescência. Gattaz (2005) diz que fatores metabólicos ou ambientais que influenciem esse processo podem contribuir facilitando ou protegendo o desencadeamento da doença. Nesse sentido, entendemos que o ambiente facilitador de Winnicott (1983, 2000, 2001) protegeria a pessoa potencialmente esquizofrênica de que nos fala Gattaz (2005).

Para enfatizar Winnicott, destacamos parte de um comentário que fez em 1964, depois de abordar vários casos clínicos de pacientes esquizofrênicos que passaram por seu consultório:

A teoria da esquizofrenia enquanto anulação dos processos de maturação que ocorrem nas fases iniciais da infância tem muito a ensinar ao psiquiatra; acredito que também tenha muito a ensinar ao pediatra, ao neurologista e ao psicólogo, a respeito dos recém-nascidos e suas mães. (WINNICOTT [1964], 2002, p. 42).

A segunda patologia que pode ser desenvolvida por crianças devido a problemas de maternagem, segundo Winnicott (1983) é a esquizofrenia latente:

b) Esquizofrenia latente: segundo Winnicott, há muitas variedades desse transtorno em crianças que passam por normais ou que podem até mostrar um “brilho especial do intelecto ou grande precocidade”. (WINNICOTT, 1983, p. 57-58). A doença se revelará, em tais casos, na fragilidade do “êxito”, e a pressão e tensão próprias da vida poderão desencadeá-la.

Nesse caso, a patologia poderá passar despercebida durante a infância, conforme nos diz Winnicott (1983). Mas, no decorrer dos anos, com as cobranças vindas da escola, da sociedade, das relações familiares, pressões variadas que farão o sujeito viver frustrações e testar sua capacidade de interação com o meio, tudo isso poderá desencadear o transtorno e revelar, enfim, a fragilidade de uma pessoa que talvez não tenha recebido um *holding* apropriado da mãe ou da substituta, ou, então, não tenha nascido num ambiente suficientemente bom para ser acolhida de forma apropriada nos primórdios de sua vida.

As demais patologias citadas por Winnicott (1983) são: Falsa autodefesa e personalidade esquizóide.

c) Falsa autodefesa: o uso de defesas, especialmente a de um falso, mas bem sucedido *self*,¹⁶ possibilita a muitas crianças parecerem prometer muito, mas um colapso eventual vai revelar a ausência do *self* verdadeiro.¹⁷

¹⁶ *Self*, para Winnicott (1983), é tudo o que faz parte do indivíduo, é inato, corporal, e constituído pelas experiências que o sujeito traz do meio. É tudo o que forma o sujeito.

¹⁷ Para Winnicott (1983), o falso *self* revela um derivado não do indivíduo, mas de um aspecto materno no acoplamento mãe-filho.

d) Personalidade esquizóide: desenvolve-se um distúrbio de personalidade que depende do fato de um elemento esquizóide estar oculto em uma personalidade que é normal em outros aspectos. Os aspectos esquizóides sérios podem se tornar socializados desde que fiquem ocultos num padrão de distúrbio esquizóide que seja aceito pela cultura a que pertença a pessoa.

Essas duas definições de patologias contidas nos itens c e d podem ser processadas, a nosso ver, na terminologia *borderline*. Nesse caso, também houve falhas no estágio precoce de desenvolvimento da criança, mas não a ponto de comprometê-la para desenvolver as patologias citadas nos itens a e b. Os sintomas poderão ser muito variados e, conforme frisou Winnicott (1983), tudo dependerá do próprio sujeito e da sociedade que o acolheu de alguma forma com sua patologia.

O falso *self*, para Winnicott, em oposição a verdadeiro *self*, é artificialmente construído devido a uma submissão e excessiva adaptação do sujeito ao meio. O indivíduo falso *self* pode ser um impostor, conforme define Winnicott (1960 *apud* ABRAM, 2000), e decepcionar aqueles que depositaram confiança nele. Sua personalidade, muitas vezes atraente e agradável, consegue ludibriar o mundo, e seu quadro clínico é bastante peculiar (WINNICOT, 1960 *apud* ABRAM, 2000).

A etiologia do falso *self* situa-se na relação precoce mãe-bebê, sendo o papel da mãe de fundamental importância. Para Winnicott (1983), a mãe suficientemente boa se depara com a onipotência do bebê e pode dar sentido a ela, o que possibilitará a existência de um verdadeiro *self* por meio do fortalecimento do ego frágil da criança. É fundamental, para isso, a implementação operada pela mãe das expressões onipotentes do bebê. Essa adaptação materna possibilitará ao bebê a capacidade de simbolizar.

3 CASOS CLÍNICOS

Neste capítulo, apresentaremos dois casos clínicos de mães deprimidas e seus bebês, a partir da literatura psicanalítica, demonstrando como a depressão materna afetou a interação da díade e prejudicou, em algum momento, a saúde da criança. O primeiro caso que relataremos é o da menina de sete meses de nome Sarah, filha da Sra. L., de origem hispânica, encaminhada pelo seu pediatra à clínica de orientação infantil dos terapeutas T. Berry Brazelton e Bertrand G. Cramer (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Sarah era quieta, de aparência um pouco imatura para sua idade e com equilíbrio um tanto precário.

O segundo caso é o da menina Martine, de um ano e nove meses, filha da Sra. J., que começou um tratamento de emergência com Rosine Debray, após ter passado três dias consecutivos sem comer e sem dormir. Martine foi gerada para substituir um bebê que faleceu de forma súbita aos três meses de idade, deixando a Sra. J. e seu marido em profunda consternação (DEBRAY, 1988). A menina era magra, franzina e tinha motricidade irregular e rígida, típica de seu quadro de excitação desorganizada.

Além da exposição dos dois casos, comentaremos a respeito das falhas na maternagem, nas funções de *holding*, *rêverie* e continente e explicaremos por que essas mães não estavam sendo suficientemente boas para seus bebês. Falaremos sobre as dificuldades de interação da Sra. L. e sua filha e o peso do passado dessa mãe na criação da menina. Abordaremos ainda a questão do luto não elaborado pela Sra. J. devido à perda de seu bebê e a repercussão desse fato na vida de Martine.

3.1 Mães deprimidas e seus bebês

a) Caso Sarah: Sarah, segunda filha da Sra. L., foi encaminhada à clínica de orientação infantil por seu pediatra. Tinha sete meses, era muito quieta, de aparência um pouco imatura para sua idade e com equilíbrio um tanto precário ao sentar-se no chão (BRAZELTON; CRAMER, 1992). Brincava de forma monótona com dois brinquedos dados pelos terapeutas, sendo que, com um deles, ficou martelando incessantemente e depois o levou à boca, mas sem interesse real. Quando o deixou cair, tomou outro brinquedo e repetiu o mesmo movimento e sua sucção desinteressada, como se estivesse matando tempo, esperando que algo diferente acontecesse. Segundo os autores, a criança demonstrou interesse mínimo pelos brinquedos, não os explorou e não olhou para os terapeutas para ver se estavam acompanhando seus movimentos. “Parecia quase viver num mundo só seu, desprovido de interesse ou excitação”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 253).

No meio da entrevista dos terapeutas com a mãe, esta começou a chorar, e Sarah, como se estivesse esperando por isso, e em perfeita sintonia com a mãe, voltou-se imediatamente e olhou para a Sra. L., realmente preocupada, conforme contam os autores. Foi a primeira vez que o rosto da criança sofreu alguma mudança durante a consulta com os terapeutas. Sarah se virou e caiu deitada no chão e, depois de um breve momento, a mãe pulou para pegá-la, quando a criança vocalizou alto olhando para a Sra. L. Por um segundo, travou-se entre as duas uma comunicação recíproca.

Sarah olhou, então, para o outro lado, e sua mãe voltou a se afundar em sua poltrona, falando com um dos terapeutas. A criança voltou a martelar os brinquedos que tinha a sua volta. Numa das vezes procurou puxar a mãe para longe do terapeuta, mas logo desistiu,

para retornar a sua brincadeira lenta e monótona, como se estivesse acostumada com essa falta de comunicação.

Segundo Brazelton e Cramer (1992), a Sra. L. ficou bastante deprimida desde o nascimento de Sarah. Disse que estava chateada por ter tido uma filha e que não queria que Sarah se tornasse triste como ela. Sarah poucas vezes olhava para a mãe e voltava seu corpo, frequentemente, para longe da mãe. Quando o terapeuta pediu para que a Sra. L. segurasse a filha de frente para ela, as duas, ainda assim, não olharam uma para a outra. Muito contrastante, segundo os terapeutas, foi a relação de Sarah e seu irmão de cinco anos, que compareceu à consulta seguinte. Assim que ele a chamou, ela avivou-se, sorriu e excitou-se. O mesmo ocorreu quando um dos terapeutas a chamou. “Era como se ela ‘guardasse’ para interagir com parceiros mais recompensantes. A mãe disse que essa diferença de respostas era normal para Sarah, que ‘preferia’ seu pai e seus dois irmãos”. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 254).

A mãe, segundo relatam Brazelton e Cramer (1992), tinha um jeito muito particular de interagir com Sarah: sentava-se no chão a alguma distância do bebê, mal a tocava e falava com ela numa voz baixa, quase sussurrada. Perguntada por que falava assim, ela respondeu que uma voz alta assustaria Sarah. Quando a mãe tentava chamar Sarah e esta não respondia, a Sra. L. fazia duas coisas: primeiro, chamava a filha de “Malina” (menina má em castelhano) e, depois, fazia-lhe o gesto de tchau. Desse modo, comunicava-lhe duas coisas, conforme observam Brazelton e Cramer (1992): “você é má quando não me leva em consideração” e “nós vamos nos separar se você não prestar atenção em mim”.

Era impressionante notar como essa mãe era sensível a qualquer sinal que pudesse ser interpretado como uma rejeição por parte de Sarah. Na verdade, ela quase só reagia a esses aspectos do comportamento do bebê. Em outras palavras, não tolerava as demonstrações de autonomia da filha, interpretando-as como rejeição. Toda vez que o bebê recusava o contato direto (como quando brincava com objetos), a mãe punha um fim a todo contato e reforçava a distância entre elas (dando tchau). O baixíssimo nível de solicitação da mãe contribuía ainda mais para diminuir a

intensidade e a frequência da comunicação. (BRAZELTON; CRAMER, 1992, p. 255).

Verificamos que a Sra. L. estava afetada pelos humores da depressão e, em seu relacionamento com a filha, não era capaz de deixar que Sarah pudesse ter o que Winnicott (1983) chamou de uma breve experiência de onipotência, obrigando a filha a se submeter aos seus próprios gestos e até mesmo as suas fantasias de rejeição. Brazelton e Cramer (1992) contam que Sarah também reagia, algumas vezes, batendo e mordendo o rosto da mãe ou beijando-a de forma violenta, como se estivesse tentando acordá-la. Era como se essa aproximação agressiva fosse o seu único acesso à mãe deprimida. Durante os primeiros dias de terapia com as duas, houve uma sequência de uma mistura de interações táteis tristes e agressivas, sem demonstrações de afeto por meio da brincadeira, conforme relatam Brazelton e Cramer (1992).

Ao falar de si mesma, a mãe contou aos terapeutas que quisera um bebê porque esperava ter um companheiro que não a deixasse e, de modo pungente, expressou seu desespero ao ver que Sarah ia se tornando independente. Chegou a dizer aos terapeutas que gostaria que Sarah ficasse em sua barriga. Depois de muita conversa, os terapeutas ficaram sabendo que a Sra. L. foi uma criança “substituta”, nascida um ano depois de um irmão que morreu com nove anos de idade num acidente de carro. Ao longo de toda sua infância, a Sra. L. assistiu à depressão do pai devido à morte desse irmão e não sabia como consolá-lo. Comparava-se de forma desfavorável com o irmão morto e sentia-se cada vez mais rejeitada, sabendo que seu pai preferiria, para sempre, o irmão falecido.

Brazelton e Cramer (1992) afirmam que a Sra. L. reviveu esse mesmo drama com Sarah, sabendo que a menina não gosta dela e prefere os homens (o pai, os irmãos e até os terapeutas), assim como seu pai preferiu seu irmão. Esse foi o ponto central da ausência de contingência entre a mãe e Sarah, e o tratamento só se tornou possível, conforme observam os

autores, quando essa questão foi percebida e vinculada ao que de fato ocorria nas interações. A própria Sarah tornou-se uma importante aliada no tratamento, segundo Brazelton e Cramer (1992), e quando eles conseguiram fazer a mãe perceber o apego da menina esse fato alimentou, por sua vez, a capacidade reprimida de apego da mãe. Aos poucos, houve mudança na interação da díade. Depois de dois anos, a mãe conseguiu sair da depressão, por efeito de terapia e medicação e, quando se convenceu que a menina era apegada a ela, deixou de chamar Sarah de “Malina”.

Avaliamos que, nesse caso, a Sra. L., projetou os fantasmas e dramas de seu passado sobre a filha, como seu sentimento de ser rejeitada pelo pai, que preferia o irmão morto a ela. Sua depressão desde o nascimento da menina, agravada pelo fato de rejeitar Sarah por desejar ter um filho homem, afetou de forma bem marcada, como demonstram os terapeutas, a interação da díade, com destaque para os problemas de comunicação entre mãe e bebê e até o toque físico, que era feito com certa dificuldade pela Sra. L.

Com esses problemas, Sarah não encontrava na mãe qualquer estímulo para interagir e se comunicar, daí seu comportamento e aparência um pouco imaturos para a idade, equilíbrio precário e brincadeira de forma monótona ou mesmo a falta de interesse pelos brinquedos. É como se Sarah já sentisse cansaço e tédio pela vida desde muito cedo. A mãe não exercia a função continente, pois sequer conseguia conter seus próprios problemas e angústias. Também não tinha a capacidade de *rêverie*, porque era incapaz de captar, com intuição ou sensibilidade, o que se passava com a filha, seus sentimentos, afetos e demandas. Por tudo isso, a Sra. L. não estava fazendo um *holding* adequado, muito pelo contrário, exercia um *holding* deficiente, produzindo ansiedades em sua filha. Não era, portanto, uma mãe suficientemente boa para Sarah, devido as suas próprias angústias e antigos sentimentos de rejeição não elaborados, que podem ter contribuído para agravar seu estado de depressão.

A Sra. L. também demonstrava uma intolerância a qualquer movimento de independência da criança, no sentido do que Winnicott (1983) definiu como uma breve *experiência de onipotência*¹⁸. Esse fato pode ser explicado a partir do momento em que a Sra. L. confessou aos terapeutas que quis um bebê porque esperava ter um companheiro que não a deixasse. Essa mãe chegou a dizer também que preferia que Sarah ficasse dentro de sua barriga. Todo esse comportamento da mãe só agravava o quadro de embotamento físico, afetivo e intelectual de Sarah. A intervenção terapêutica conseguiu, ainda em tempo, tirar a mãe e a criança desse quadro dramático. Mas as conseqüências desses acontecimentos para o futuro de Sarah é uma incógnita para nós.

b) Caso Martine: Martine era uma menina de um ano e nove meses, a mais nova dos três filhos da Sra. J., quando iniciou um tratamento psicoterapêutico de urgência com Rosine Debray (DEBRAY, 1988), pois passou três dias consecutivos sem se alimentar e dormir, deixando a mãe em pânico. Martine foi gerada para substituir um filho morto da Sra. J., e nasceu um pouco depois do falecimento desse bebê, que teve morte súbita com três meses de idade.

Segundo Debray (1988), a Sra. J. apresentava um estado de neurose traumática ou neurose actual¹⁹ aparentemente imutável desde a morte de seu bebê, também sofria de insônia, tinha pesadelos quando dormia, chorava muito ao falar sobre essas situações, estava exausta e deprimida. Ela se emocionava ao falar sobre a situação da filha para a terapeuta e contava que, ao perder seu bebê de forma tão brutal, consultou uma psicanalista e lhe confessou que desejava ter uma outra criança o mais rápido possível. Relatou também que essa mesma psicanalista lhe disse que não era aconselhável substituir um filho por outro, mas

¹⁸ Ver conceito no Capítulo 1

¹⁹ Neurose actual é um conceito que tende a se apagar da nosografia psicanalítica, pois seja qual for o valor precipitante dos fatores denominados actuais, há sempre nos sintomas a expressão simbólica de conflitos mais antigos (LAPLANCHE; PONTALIS, 1988). Segundo Laplanche e Pontalis (1988), neurose traumática é um tipo de neurose em que o aparecimento dos sintomas é consecutivo a um choque emotivo, e manifesta-se por uma crise ansiosa paroxística que pode provocar estados de agitação, entorpecimento ou confusão mental.

a Sra. J. disse não se lembrar se sabia ou não se tinha dito a sua interlocutora que, àquela altura dos acontecimentos, já estava grávida. Tratava-se de uma gravidez de cerca de dois meses e meio, mas a Sra. J. sofreu um aborto espontâneo nos dias que se seguiram a essa consulta. Martine foi concebida logo depois desse aborto.

Ao descrever as condições de Martine, Debray (1988) diz que a menina era morena, magricela, com forma franzina de bebê anorético, de olhar vivo e apresentando um quadro típico de excitação desorganizada. Tinha motricidade irregular e rígida, típica desse seu estado de excitação. A criança não conseguia ter qualquer atividade contínua: jogava os brinquedos, agitava-se, mostrava-se caprichosa, tirânica e exigente. A mãe também se mostrava tensa, esgotada e patética, além de inabordável e reticente nas primeiras consultas.

A Sra. J. não conseguia compreender o que desencadeou esse estado de Martine. Mas, durante as conversas com a Sra. J., a terapeuta descobriu que Martine teve seus sintomas agravados quando a família viajou para o sul da França durante as férias de inverno, na casa dos pais da Sra. J. Foi justamente no período das férias de inverno da família, nesse mesmo local, que o bebê que precedeu Martine morreu de repente, 48 horas após a partida da Sra. J., de seu marido e dos dois filhos mais velhos. O bebê não viajou com os pais e irmãos, e foi confiado a uma tia da Sra. J., que era mãe de uma numerosa família. Quando a terapeuta faz essa associação de fatos para a Sra. J. esta fala de sua angústia com relação à Martine e conta que a criança nunca dormiu bem. Diz ainda que não queria ter viajado para as férias de inverno.

Com algumas sessões de terapia Martine mostra uma melhora em seu estado, embora ainda passe algumas noites sem dormir, conforme relata a terapeuta. Mas, mesmo quando a menina consegue dormir, a Sra. J. tem insônia. Ela fala de seu esgotamento para a terapeuta, diz que não tem mais ânimo e que está deprimida. Posteriormente, Martine mostra-

se menos agitada, progride na área da linguagem e escolhe um número de brinquedos no consultório com os quais se ocupa.

Para Debray (1988), esse caso demonstra a falta de capacidade dessa mãe de devanear, pois ela foi atingida nessa função, que Bion chamou de *rêverie*. Não ofereceu, então, um sistema de pára-excitação suficiente para as moções pulsionais transbordantes de seu bebê, abrindo caminho para a sintomatologia psicossomática de Martine.

Na primeira sessão de terapia, a Sra. J. estava buscando socorro para sua filha e não para ela, aparentemente, conforme observa Debray (1988). Entretanto, Debray (1988) ressalva que o material clínico se organizou todo, no início do tratamento, em torno da morte súbita do bebê da Sra. J. A própria Debray (1988) avalia essa morte a partir de um brusco abandono ou desinvestimento.

Com certeza tratava-se de um bebê superinvestido por sua mãe, seu pai e o conjunto do meio familiar. O desinvestimento brutal pôde se realizar quase de maneira experimental com a partida para os esportes de inverno de toda a família, deixando o bebê sob a guarda de uma tia mãe de vários filhos. [...] Vários casos de morte súbita do lactente que tive ocasião de abordar não apresentavam, à primeira vista, um cenário tão típico na organização do conteúdo manifesto. [...] Com efeito, trata-se sempre do encontro infeliz entre fatores de natureza bem diversa. Dentre eles, uma fragilidade eventualmente conjuntural no bebê que se alia a uma falha pontual ou mais durável no contra-investimento realizado pelos cuidados maternos. E, sem que se trate de uma ausência real da mãe, pode haver uma brusca queda em seu tônus de investimento do bebê, ligada a uma eventual perda súbita do valor funcional de seu sistema pré-consciente. (DEBRAY, 1988, p. 139-140).

Em Martine, o conjunto de seus sintomas psicossomáticos, segundo Debray (1988), carregava a marca do hiperinvestimento ansioso de seus pais, já que ela era o bebê substituto do que morreu de maneira tão repentina. Sua intolerância a qualquer frustração e incapacidade para esperar lhe impossibilitavam de organizar um jogo estável com brinquedos nas primeiras consultas. A angústia pela morte do bebê ainda não elaborada pela Sra. J. pesou para Martine, fazendo-a reagir com um agravamento dramático de uma sintomatologia que já apresentava em menor escala desde os primórdios de sua vida, segundo Debray (1988).

A criança adquiriu defesas hipomaníacas, encarregadas de manter um estado de excitação necessário para conter a depressão materna e paterna subjacente. Para Debray (1988), Martine ficou encarregada, literalmente, com sua excitação contínua, de impedir que seus pais desabassem no abismo da depressão, isto é, de mantê-los vivos.

Podemos concluir que a Sra. J. era uma mãe morta, conforme o conceito de Green (1988) ²⁰, mesmo antes de Martine ter nascido, pelo fato de haver perdido um bebê de forma dramática e não ter, até então, concluído o trabalho de luto. O fato de ter engravidado de Martine para substituir esse bebê morto de forma abrupta agravou a situação, e talvez aí resida uma diferença entre as mães mortas definidas por Green (1988), que desinvestem pesadamente de seus filhos devido à depressão. A Sra. J. e seu marido, ao contrário, fizeram um hiperinvestimento em Martine, mas de forma tão ansiosa e patológica, para suprir sua depressão devido à perda anterior do bebê, que provocaram toda uma sintomatologia e problemas psicossomáticos na menina.

No caso, o desinvestimento da mãe recaiu no bebê anterior à Martine, e, talvez, por esse motivo, a criança tenha morrido, como sugere Debray (1988). Por uma outra via, de forma patológica, os pais de Martine por pouco também não perderam a menina, tamanha era a gravidade de seus sintomas. Debray (1988) nos mostra claramente que a mãe de Martine não havia elaborado suas angústias pela morte do bebê, e estava tão ansiosa e deprimida que não conseguia cuidar de Martine de forma adequada nem fazer uma maternagem suficientemente boa.

²⁰ Ver capítulo 2.2

CONCLUSÃO

O *holding* materno e o estado de *rêverie* da mãe são essenciais para que seja exercida uma maternagem suficientemente boa, que dê sustentação ao bebê, a sua formação egóica, seu desenvolvimento fisiológico, psicomotor e cognitivo. São essas condições que vão propiciar o adequado desenvolvimento do sujeito para que seja inserido na cultura.

Ao nascer, a criança necessita de um ambiente suficientemente bom e de uma mãe continente para lhe amparar em suas necessidades e angústias, que saiba, ao mesmo tempo, os momentos de frustrar seu rebento, desmamá-lo e colocá-lo em contato com a realidade do mundo. Uma tarefa que não parece fácil, mas que, como diz Winnicott (1988, 2002), a maioria das mães pode desempenhar instintivamente.

Hoje, muitos autores questionam se as mudanças ocorridas na civilização estão dificultando o desempenho da mãe suficientemente boa, já que esse papel implica, entre outros fatores, tempo e disponibilidade. De fato, é um questionamento a ser feito, pois a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, a competição desenfreada para adquirir posição, status e dinheiro, a mudança de papéis, muitas vezes com homens enfraquecidos em suas funções, podem aumentar as chances de mais mulheres virem a desenvolver depressão no pós-parto, bem como colocar em risco a maternagem suficientemente boa.

Atualmente, a mulher tem desempenhado, cada vez mais, funções na sociedade, no mercado de trabalho e na própria família, na qual, muitas vezes, é a provedora. Esses fatos podem dificultar uma dedicação maior da mulher para o papel de mãe. A mulher moderna passou a ser mais exigida e cobrada por outros setores, e, por esse motivo, se vê na obrigação de estudar e se especializar cada vez mais para obter melhor posição no mercado de trabalho.

Para ter conforto e suprir sua família com melhores condições precisa também ganhar mais dinheiro e, em consequência, trabalhar por maior período de tempo. Há ainda em alguns países, como é o caso do Brasil, uma cobrança por beleza e corpo magro – amplamente propagada pela mídia – que se soma às tantas outras pressões sociais as quais uma mulher se vê coagida. A mulher que tem um bebê no mundo de hoje pode ficar, portanto, vulnerável a todos esses fatores.

É importante destacar o papel que devem desempenhar os familiares da mulher durante o período da gravidez e do pós-parto, particularmente o pai da criança ou marido, se ela o tiver, no sentido de lhe darem apoio emocional e ficarem atentos a quaisquer sinais como excesso de cansaço, desânimo, sentimento de culpa, medo excessivo e demais emoções que possam suscitar ou vir a se transformar em depressão e problemas para a díade. Além dos familiares, os médicos que acompanham a gestante, tais como obstetra, ginecologista, clínico geral, e também o pediatra da criança, devem estar atentos a quaisquer sinais de mudanças emocionais, comportamentais e demais sintomas que digam respeito à saúde da mulher e do bebê. Esses cuidados são muito importantes e podem evitar problemas tanto durante a gravidez como no parto e no pós-parto.

Quanto mais precoce for o encaminhamento para uma terapia, se forem detectados problemas de depressão materna e conflitos que perturbem a interação da díade, melhor será o resultado, e isso fará toda a diferença para a saúde da mãe, o ambiente familiar e, principalmente, o destino do bebê e sua formação como sujeito.

A mãe que teve depressão após o parto e afetou, de alguma forma, sua relação e interação com a criança, deverá trabalhar, por meio da análise ou terapia, essa questão. Mesmo que o problema não tenha sido cuidado de início, providências devem ser tomadas mais tarde, particularmente no que diz respeito às consequências das questões do apego que

essa criança terá com a mãe quando adulta. Nesse sentido, a terapia ou análise poderá ajudar ambas a restabelecer laços que podem se romper, muitas vezes, de forma indelével.

O diálogo será sempre a melhor forma que mãe e filho terão para resolver suas pendências. Mas, se não houver uma orientação ou um trabalho terapêutico que possa aparar algumas arestas do passado, talvez essa mãe ainda não consiga ter uma função continente suficiente para agüentar todo o ódio do filho a ela dirigido, pelo fato deste ter sido desinvestido numa fase tão primitiva da vida.

Pensamos ainda que, se a criança tem uma baixa tolerância à frustração, o restabelecimento desse apego com a mãe será ainda mais complicado. Haverá, então, basicamente, duas frentes de batalha: a perda da própria mãe que deixou de investir por alguns períodos no filho, devido à depressão, e a perda dessa mãe quando deixou a fase simbiótica com o bebê. Entendemos então que, nesse caso, o ódio será duplo, e o esforço terapêutico necessitará ser, igualmente, redobrado.

Assim também, se a mãe quiser retomar o apego e a relação com esse filho ou filha, terá que retornar ao lugar infantil dela como bebê para poder se identificar com sua cria, ter a preocupação materna primária e, dessa forma, adquirir as condições para ser uma mãe suficientemente boa. Somente dessa forma poderá se tornar o continente acolhedor que não pôde ser no passado e, além disso, entender e aceitar que seu filho é alguém com dificuldade de tolerar frustração. Uma tarefa árdua, com certeza, que só será enfrentada se essa mãe estiver devidamente “aparelhada” e for suficientemente boa para acolher seu filho, suportando todo o ódio que lhe será dirigido e podendo entender que dentro desse ódio existe também uma ânsia por amor e amparo.

A mãe simplesmente passiva ao ódio do filho, no entanto, poderá não obter êxito, pois parecerá a este que não tem desejo próprio, auto-estima nem diálogo. Essa mãe pode, na realidade, não ter saído da depressão, pode ser uma mãe melancólica. A mãe deverá, portanto,

ao mesmo tempo em que acolhe o ódio, demonstrar e falar sobre sua dor quando a sentir verdadeiramente, num diálogo muito bem dosado, longe da chantagem emocional, e sincero em seu propósito de retomada da relação com o filho. Pensamos, portanto, que a mãe deverá deixar claro que aquele é seu filho ou filha e que, apesar desse ódio e de todos os problemas da relação, não abrirá mão dele (a) nem desistirá de ser sua mãe. Ser uma mãe suficientemente boa é, portanto, um exercício contínuo e de desafio para todas as mães.

REFERÊNCIAS

ABRAM, J. *A linguagem de Winnicott*. Rio de Janeiro: Revinter, 2000.

ANDRADE, M. A. G. Tornar-se Pai, Tornar-se Mãe: O Processo de Parentificação. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S (Ufrgs). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G. E, 2002.

AULAGNIER, P. Observações sobre a estrutura psicótica. IN: KATZ, C. S. (Org) *et al. Psicose – Uma leitura psicanalítica*. 2 ed. São Paulo: Escuta, 1991.

BALLONE, G. J. *Gravidez e depressão*. 2005. Disponível em: www.psiqweb.med.br. Acesso em: 10 ago 2006. 14h.

BION, W. R. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

BOWLBY, J. *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BORGES, M. L. S. F. *Função materna e função paterna, suas vivências na atualidade*. 2005. 140 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia. 2005.

BRENTANO, I. Donald W. Winnicott. In: GOLSE, B. (Org). *O Desenvolvimento afetivo e intelectual da criança*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 1998.

BRAZELTON, T. B; CRAMER, G. B. *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

CATÃO, I. O lugar da tristeza no mundo de hoje. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S (Orgs). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos*: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê. Brasília: L.G. E, 2002.

CÁURIO, R. P. A atualidade da visão winnicottiana. *Revista do Círculo Brasileiro de Psicanálise*, Rio de Janeiro, n. 6, 2000. Disponível em: <http://www.cbp-rj.org.br/rev200winnic.htm>. Acesso em: 02 fev. 2007. 14h.

CEZIMBRA, M. Especialistas alertam sobre o aumento do uso de antidepressivos. *O Globo*, Rio de Janeiro, dez. 1998. Disponível em: <http://www.psique.com.br/depressao_infantil.php>. Acesso em: 31 mar. 2007. 1h.

CORDAS, T. Ciladas do Humor: Problemas de Mulher. *Viver Mente&Cérebro*, São Paulo, n. 7, p. 42, out. 2006.

DEBRAY, R. *Bebês/Mães em revolta – tratamentos psicanalíticos conjuntos dos desequilíbrios psicossomáticos precoces*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DELOUYA, D. *Depressão*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. *Doenças*. Disponível em: <<http://lendaselendas.vilabol.uol.com/doencas.htm>>. Acesso em: 18 jul. 2006. 16h.

EIZIRIK, C. In: FORMENTI, L. “Líderes precisam dar o exemplo, diz psicanalista – Para Cláudio Eizirik, mentiras e crise política são responsáveis por clima de descrença e luto pela esperança no país”. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, n. 40935, p. A6, nov. 2005.

FREUD, S. *Luto e melancolia*. (1917 [1915]). Em: Edição *Standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1969, 1. ed.

_____. *Projeto para uma psicologia científica* (1950 [1895]). Em: Edição *Standard* brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Vol. I. Rio de Janeiro: Imago, 1987, 2. ed.

GATTAZ, W. *O que é Esquizofrenia?* Laboratório de Neurociências – Instituto de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), 2005. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Esquizofrenia>>. Acesso em: 12 fev. 2007. 18h.

GOLSE, B. *Insistir – Existir. Do Ser à pessoa*. Lisboa: Climepsi, 2001.

_____. Depressão do bebê, depressão da mãe e conceito de psiquiatria perinatal. In: CORRÊA FILHO, L.; CORRÊA, M. E. G.; FRANÇA, P. S (Orgs). *Novos olhares sobre a gestação e a criança até os 3 anos: Saúde perinatal, educação e desenvolvimento do bebê*. Brasília: L. G. E, 2002.

_____. O Psicanalista Francês Bernard Golse alerta sobre a depressão. *Bebê 2000*. Disponível em: <<http://www.bebe2000.com.br/materia.asp?materia=333>>. Acesso em: 15 out. 2006. 15h.

GREEN, A. *Narcisismo de vida, narcisismo de morte*. São Paulo: Escuta, 1988.

HEGENBERG, M. *Borderline*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, 3. ed.

HENRIQUES, S. *O que é autismo*. Laboratório de Neurociências – Instituto de Psiquiatria. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP), 2005. Disponível em: <<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Autismo>>. Acesso em: 12 fev. 2007. 19h.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

JURKIEWICZ, R. Considerações sobre neurose e psicose. In: *I Jornada Interna do CPM/ISEP*. Curitiba, 2002. p. 1-2.

KLEIN, M. *Notas sobre alguns mecanismos esquizóides*. [1946]. Em: Melanie Klein - *Inveja e gratidão* e outros trabalhos. Rio de Janeiro: Imago, 1991, 4. ed.

KOHUT, H. *Análisis del self*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1977.

LACAN, J. *O seminário – Livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

LAPLANCHE, J; PONTALIS, J.B. *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV-TR. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MELLO FILHO, J. *O ser e o viver – uma visão da obra de Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

MIJOLLA, A. *Dicionário internacional da psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2005.

NASIO, J. D. *5 Lições sobre a teoria de Jaques Lacan*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1993.

NEWMAN, A. *As idéias de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

PERES, U. T. *Depressão e Melancolia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

ROUDINESCO, E; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCHWENGBER, D. D. S; PICCININI, C. A. O Impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia*. PUC Campinas, volume 22, número 2, p.143-156, dez. 2005.

SIMON, R. Um passeio com Melanie Klein. Coleção Memória da Psicanálise. Ed. Especial *Viver Mente&Cérebro*, São Paulo, n. 3, p. 27, 2005.

SPITZ, R. A. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar & a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988, 3. ed.

_____. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

_____. *A Família e o desenvolvimento individual*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001

_____. *A Experiência mãe-bebê de mutualidade*. In: WINNICOTT, C; SHEPHERD, R; DAVIS, M. (Org). *Explorações psicanalíticas – D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed, 2005a.

_____. *O Ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

_____. *The Maturation processes and the facilitating environment*. London: Karnac, 2005b, 4. ed.

_____. *Os Bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

ZIMERMAN, D. E. *Vocabulário Contemporâneo de Psicanálise*. Porto Alegre: Artmed, 2001.

_____. *Bion: da teoria à prática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. *Fundamentos Psicanalíticos*. Porto Alegre: Artmed, 1999.